BULLETIN ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE

D'OTOLOGIE & DE RHINOLOGIE

DE PARIS



ANNÉE 1906



MM. G. GELLÉ, Président
WEISMANN, Vice-Président
MOUNIER, Trésorier
MAHU, Secrétaire-Général
DIDSBURY, Secrétaire des Séances

BULLETIN & MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE

D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

DE PARIS

SÉANCE DU 12 JANVIER 1906

Présents : MM. Courtade, Cauzard, C.-J. Koënig, G. Gellé, G. Laurens. G. Didsbury, Mounier, Mahu, Grossard, Castex, Furet, Bourgeois.

Allocution du Président

MESSIEURS,

Laissez-moi tout d'abord vous remercier de l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à la présidence de la Société. Croyez bien que je m'efforcerai de remplir de mon mieux les fonctions que vous m'avez confiées.

J'userai immédiatement du privilège inhérent à mon titre, pour vous engager à venir de plus en plus nombreux à nos séances et à nous apporter le plus grand nombre possible de vos travaux.

Venez nombreux, car de notre fréquentation mutuelle naitront certainement la sympathie et l'estime réciproques. Il n'y a plus ici de maîtres, ni d'élèves, mais des praticiens tous désireux d'accroître quelque peu notre commun bagage.

Nous comptons bien sur nos Maîtres, pour nous apporter

ici le résultat de leur vaste expérience et de leur critique judicieuse. Mais que nos jeunes Confrères n'hésitent pas cependant à nous faire part de leurs doutes ou de leurs espoirs thérapeutiques.

A tous nous promettons le meilleur accueil.

Toutefois, si modestes que nous soyons, nous aimerions assez savoir que les communications faites entre nous aient un certain écho au dehors.

Votre bureau y a songé; et notre Secrétaire-général vous dira, dans un instant, comment nous pensons atteindre ce but avec votre indispensable concours.

Un mot encore. Notre Société possède un règlement ; nous nous efforcerons de tenir la main à son observation, certain de votre bon vouloir et convaincu que le respect de certaines formes est indispensable à la prospérité matérielle et morale de notre Société parisienne.

Nous sommes heureux d'annoncer à la Société, l'élévation de notre distingué collègue, le docteur Ruault, au grade d'Officier de la Légion d'honneur.

Notre confrère le docteur Molinié, de Marseille, président actuel de la Société Française de Laryngologie, nous fait l'honneur d'assister à notre séance. Nous osons voir dans ce fait la continuation des rapports cordiaux entre nos deux Sociétés qui, je l'espère, marcheront dorénavant la main dans la main.

Allocution du Secrétaire général

Mes Chers Collègues,

Je vous remercie sincèrement du témoignage de sympathie et de confiance que vous m'avez donné. En acceptant le poste de Secrétaire général de la Société, si j'apprécie à sa juste valeur l'honneur qui m'est fait, je ne me dissimule pas non plus les difficultés de la tâche qui m'incombe et je vous promets de ne ménager ni mon temps, ni ma peine pour l'accomplir.

Sans perdre un instant, permettez-moi dès aujourd'hui d'attirer votre attention sur les deux points suivants :

1° *Nécessité de recueillir intégralement et exactement toutes les communications et les discussions au cours des séances :*

2° *Recherche de moyens propres à donner à nos comptes-rendus la plus grande publicité possible.*

Pour les communications, je me suis permis, comme vous l'avez vu, de rappeler sur les lettres de convocation, un article du règlement prescrivant le dépôt sur le bureau de tout travail communiqué en séance et d'un court résumé destiné aux divers journaux de médecine. Vous comprenez comme moi, Messieurs, que pour tenter de donner à nos communications toute la publicité désirable, il convient d'abord d'avoir entre les mains ces communications et non pas de les attendre plusieurs mois. Si, comme c'est la coutume, votre travail doit paraître dans un journal, veuillez donc l'établir *in extenso* en double expédition et en remettre une sur le bureau, après lecture, en même temps qu'un très court résumé. Cela se fait d'ailleurs dans toutes les sociétés savantes.

En ce qui concerne les discussions consécutives aux communications, il est indispensable, à mon avis, qu'elles conservent absolument le sens que l'auteur a voulu leur donner au cours même de la séance et qu'elles ne soient jamais travesties après coup, soit volontairement, soit involontairement. Pour arriver sûrement à ce résultat et éviter tout décousu dans le texte des procès-verbaux, le meilleur moyen est, je crois, de prier le collègue qui a pris la parole au cours d'une discussion d'écrire lui-même, séance tenante, le texte de son discours. J'ai fait confectionner dans ce but des blocs-notes munis de crayons qui vous seront passés toutes les fois que vous prendrez la parole.

Second point. — Il faut bien l'avouer, la seule publicité résultant de l'impression de nos travaux dans le *Bulletin annuel* est quelque peu insuffisante. Il serait très avantageux pour nous, de voir publier nos comptes-rendus dans les journaux spéciaux et dans les journaux de médecine générale. Aucune difficulté, je crois, pour les journaux spéciaux : MM. Lermoyez et Sebileau m'ont promis bon accueil. Je ne doute pas que MM. Saint-Hilaire, Moure et Castex ne fassent de même....

Malheureusement il n'en va pas ainsi pour les journaux généraux : Les grands périodiques, tels que *La Presse* et *La Semaine*, ne peuvent, paraît-il, sous peine d'être envahis, publier les comptes rendus des Sociétés, car s'ils en publiaient un, il devraient les publier tous. Mais si ces journaux se trouvent dans la nécessité d'agir ainsi, d'autres, moins grands seigneurs ou moins anciens, ne se montreront pas, il faut l'espérer aussi sévères et, priés de faire ces insertions par ceux

d'entre nous qui sont en relations avec eux, je me plais à croire qu'ils consentiront à accepter de brefs comptes-rendus qui, résumés d'après vos résumés, pourraient être imprimés ou dactylographiés sur feuilles volantes et envoyés rapidement aux différentes rédactions.

Voulez-vous vous occuper, chacun de votre côté, comme je le ferai moi-même, d'obtenir l'acceptation en principe du plus grand nombre de journaux possible et, avec l'autorisation de notre Président, je ferai figurer cette question à l'ordre du jour de la prochaine séance.

Tels sont, mes Chers Collègues, les deux points sur lesquels je désirais ce soir attirer votre attention.

Je terminerai en demandant aux membres actuels de recueillir beaucoup de nouveaux adhérents, en priant nos Maîtres d'assister régulièrement à nos séances — car les jeunes les suivront — et en réclamant de tous de nombreuses et intéressantes communications.

M. Courtade, à propos de la lecture du procès-verbal de la séance du 8 Décembre 1905, demande la rectification suivante : l'observation faite au sujet des *pessaires Gariel*, comme semblables aux ballons de caoutchouc préconisés par G. Laurens dans les hémorragies nasales, a été attribué par erreur à M. Lubet-Barbon. C'est M. Courtade qui avait fait cette observation.

M. Mahu, Secrétaire-général, fait part de deux nouvelles candidatures.

MM. Guillot, de Dijon,
Bosviel, de Paris.

Parrains : MM. Lermoyez et Mahu.

MM. Mounier, Furet et G. Laurens sont chargés d'examiner et de faire un rapport sur ces deux candidatures.

M. G. Gellé, Président annonce le décès de notre confrère Kurz, de Florence.

Il donne lecture d'une lettre de Mme Ménière, remerciant du souvenir donné par la Société, à son mari défunt.

M. Grossard, Rapporteur de la Commission de candidatures de MM. Bellin, Fiocre, P. Laurens, comme membres titulaires, et Moll, d'Arnheim, comme membre correspondant de la Société, conclut à leur admission.

En conséquence on procède au vote, qui a pour résultat l'admission de ces quatre candidats.

Le Secrétaire général rappelle que, aux termes du règlement, les trois nouveaux membres titulaires seront tenus de présenter une communication à l'une des plus prochaines séances.

La Société approuve ensuite les comptes du Trésorier pour 1905, sur le vu de la Commission chargée de la vérification des dits comptes.

La Laryngotomie sans canule

Par le Dr A. CASTEX

Mes collègues ont certainement remarqué les inconvénients qui résultent de l'emploi de la canule trachéale dans l'opération de la laryngotomie.

J'ai déjà appelé l'attention sur ce point dans une communication à la Société Française (4 mai 1904) et depuis j'ai toujours cherché à simplifier ma technique en m'abstenant autant que possible, de recourir à cet instrument plutôt encombrant.

Une laryngotomie idéale, qu'il s'agisse de tumeur maligne, de tuberculose ou d'autres affections, ne serait-elle pas celle qui ouvrirait le larynx, comme toute autre cavité du corps, qui enlèverait la lésion et le fermerait aussitôt par suture des cartilages et de la peau restituant, en même temps, à l'opéré la respiration par les voies naturelles ?

A priori ce mode opératoire paraît théorique et périlleux, parce que pour assurer la respiration du malade après l'opération rien ne semble à dédaigner.

Les observations qui suivent montreront cependant qu'il est possible de mener à bon terme une laryngotomie, sans recourir à la canule.

Si j'ai cherché à m'en passer, c'est que je lui reproche : de compliquer l'intervention en la prolongeant, surtout, si on a recours à la trachéotomie préalable, d'agacer la trachée et de provoquer la toux avec ses inconvénients spéciaux en l'espèce ; de gêner l'expulsion du sang et des mucosités qui encombrent la trachée immédiatement après l'ouverture du larynx ; d'être pour la trachée une cause facile d'infection parce qu'elle la met en communication avec la plaie opératoire et l'air extérieur ; parce qu'elle prolonge les suites opératoires ; parce qu'enfin elle laisse une cicatrice plus apparente.

Mais je ne la proscris pas d'une manière absolue : je reconnais que parfois elle est indispensable. Je ne la garde en tout cas que comme un pis-aller.

Ma première laryngotomie, sans canule, remonte à deux ans. Il s'agissait d'un épithélioma de la bande ventriculaire gauche. Le larynx une fois ouvert par incision verticale médiane, j'enlevai toutes les parties malades et, sans avoir mis de canule dans le cricoïde ou la trachée, je suturai l'incision. Un de mes assistants fut laissé auprès de l'opéré pour mettre, au plus vite, une canule à la trachée, si quelque accident surgissait, mais la précaution fut inutile. L'opéré respira sans difficulté et dix-huit jours après il était sur pied, ne conservant qu'une cicatrice linéaire. Il y eut récidive sept mois après, mais ceci n'a rien à voir avec le mode opératoire.

Dans un autre cas, où j'avais pour but d'enlever un tuberculôme volumineux du vestibule laryngien, je n'osai pas me passer de canule dans la crainte d'un œdème glottique brusque. Le malade est aujourd'hui tout à fait guéri et engraissé, mais il conserve une fistule que j'aurai à opérer secondairement et qui est certainement imputable à l'emploi de la canule.

Dernièrement, dans une laryngotomie pour épithélioma, que j'avais pratiquée sans canule, je n'osai pas refermer sans y avoir recours, parce que de la trachée montait un flot de mucosités sanguinolentes. Je la laissai en place seulement vingt-quatre-heures et par la suite tout marcha très simplement.

Tout récemment, j'ai obtenu un excellent résultat sans recourir aucunement à la canule. J'ai donc pu réaliser cette laryngotomie simplifiée dont je parlais en commençant. Le cas vaut d'ailleurs d'être exposé pour certains incidents.

Il s'agissait d'un homme d'une cinquantaine d'années porteur de deux gros condylômes d'origine spécifique, qui occasionnaient une dyspnée laryngienne intense. Le malade étant chloroformisé, je pratique une longue incision verticale médiane de l'os thyroïde à la fourchette sternale. J'ouvre le larynx de bas en haut avec les cisailles, car le thyroïde était ossifié; j'arrive sur les condylômes que j'abrase avec des ciseaux courbes et je tranche les points d'implantation au thermo-cautère pour prévenir toute hémorragie ultérieure.

Pendant l'intervention, un aide tenait un tampon de gaze stérilisée au niveau de l'épiglotte, pour empêcher la salive de venir dans le larynx; je suture le thyroïde en passant les catguts dans les parties molles qui lui restaient accolées, je place divers nœuds de catgut en étages dans les couches périlaryngiennes et je suture complètement la peau au crin de Florence.

L'opération avait été facile et rapide parce que le malade saignait peu. Un assistant fut laissé auprès de l'opéré avec tout le matériel nécessaire pour une trachéotomie de secours. Elle fut inutile. Le soir même de l'opération, il y eut de l'emphysème cervical et facial sans gravité, mais le lendemain soir, température de 40° et pouls à 120°, sans oppression. Je crus que la situation était désespérée et qu'une pneumonie allait emporter le malade.

Traitement énergique : ventouses sèches, quinine, grogs, attitude assise dans le lit. Le lendemain matin, température 37°, 8. et pouls à 76. Grande amélioration de l'ensemble.

Pendant les quatre jours qui suivirent, l'opéré eût une température élevée le soir, qui cédait le matin. Comme tout était bien dans les poumons, je pensai qu'il s'agissait d'un rappel de maladie provoqué par l'intervention chirurgicale, car le malade avait eu antérieurement des accès de fièvre pernicieuse et même la fièvre jaune.

Une autre complication survint, la salive et un peu de

boisson s'insinuèrent devant le larynx entre les cartilages et la peau et vinrent faire abcès au-dessus de la fourchette sternale, sans entrer dans la trachée. Il n'en résulta que l'obligation de faire sauter trois points de suture cutanée dans le bas.

Ce n'est donc pas la canule que je regrettai dans ce cas, c'est un drain de caoutchouc. Si je l'eusse placé verticalement dans la plaie au-dessous de la peau, il aurait conduit au dehors l'air d'abord, la salive ensuite et je n'aurais eu ni emphysème, ni abcès. Instruit par ce cas j'y aurai recours une autre fois.

Il n'en reste pas moins que cette laryngotomie, a pu être menée à bien sans recourir aucunement à la canule. La guérison était complète en vingt-cinq jours.

Ma conclusion sera qu'il est possible de procéder aux laryngotomies ordinaires sans employer la canule, pendant comme après l'opération, et qu'il est préférable d'adopter cette simplification pour éviter plusieurs inconvénients.

La mise en place temporaire d'un drain, sous la ligne des sutures cutanés pare à certaines complications possibles.

Discussion

M. G. Laurens. — A l'appui de ce que vient de dire M. Castex, je pense comme lui qu'il est préférable de se passer de trachéotomie comme manœuvre préalable à la laryngotomie. Ses inconvénients en sont multiples. Infection pulmonaire, infection de la plaie etc.... Mais il est souvent nécessaire de recourir à cette manœuvre comme opération de nécessité, au cours d'une thyrotomie, pour peu que l'intervention endolaryngée soit longue (section d'un rétrécissement, autoplastie, etc...) ou hémorragique (épithelioma).

Mais alors on peut et on doit supprimer la canule aussitôt l'opération terminée, en ayant soin de drainer les téguments avec un tube en caoutchouc, de façon à éviter l'emphysème.

L'intervention faite sur un plan incliné, permet de supprimer la trachéotomie, en évitant la chute du sang dans les voies aériennes. On ne saurait trop recommander l'usage de la

position de Trendelenburg, dans toutes les làryngotomies et laryngectomies, position qui facilite singulièrement la technique.

Je citerai le fait personnel suivant : faute d'avoir placé un malade en plan incliné pour une turbinotomie double, faite sous anesthésie générale dans la position horizontale, il se produisit une irruption de sang si brusque dans les voies aériennes, que la malade se cyanosa presque instantanément. Grâce à l'un de mes aides qui souleva le bassin de la patiente et la plaça en plan incliné, les accidents cessèrent rapidement.

M. Bourgeois. — Je ne puis que confirmer l'opinion de M. Laurens sur la position en plan incliné. Etant interne à Lariboisière, j'ai vu, au cours d'une intervention, faite par un chirurgien des hôpitaux (trachéotomie rapide) la trachée rapidement remplie par un flot de sang veineux. Le malade serait mort asphyxié, comme un noyé, si je n'avais eu l'idée de faire basculer la table d'opération de manière à mettre le malade la tête en bas.

Cette même année je vis M. Sébileau pratiquer une laryngotomie sur le plan incliné. Pas une goutte de sang ne tomba dans la trachée; pas de trachéotomie, résultats excellents.

A mon avis le plan incliné est très supérieur à l'emploi des diverses canules-tampons.

M. Furet. — En réponse à ce que vient de dire M. G. Laurens je ferai remarquer que dans les interventions endo-nasales (cornets ou cloison), je n'emploie plus l'anesthésie générale, à moins de cas exceptionnels. Je me contente d'un badigeonnage avec le liquide de Bonain qui procure une anesthésie parfaite avec laquelle il est possible de faire des opérations longues et douloureuses.

M. Cauzard. – Je demanderai à M. Castex, quelle a été la longueur de l'incision de la trachée, sur les anneaux trachéaux d'une part et jusqu'où s'étendit cette incision sur la paroi antérieure du vestibule laryngé ? Atteignit-elle l'épiglotte ? — Je pose cette question, afin de savoir quelle voie ont suivi les aliments dans la deuxième observation et si c'est la voie glosso-épiglottique.

Les cas de larygectomie que j'ai suivis, me permettent de dire que la position en plan incliné est bien supérieure à l'emploi des canules de Trendelenberg et d'autres auteurs.

M. Castex. — (Réponse à M. Cauzard). — J'incise exclusi-

vement le cartilage thyroïde et les deux membranes thyro-hyoïdiennes et thyro-cricoïdiennes ; j'obtiens ainsi une ouverture suffisante pour bien voir dans le larynx.

Présentation d'instruments

1° M. Courtade. — Pneumodographe métallique.

J'ai l'honneur de présenter un nouveau modèle de pneumodographe, dans lequel les plaques de verre sont remplacées par des lames de métal nickelées : la plaque horizontale est reliée à la plaque verticale, au moyen d'une charnière et ces deux plaques se rabattent l'une sur l'autre lorsqu'on ne veut plus utiliser l'instrument et le mettre dans sa poche. Quant à la petite sous-cloison, elle se fixe à l'aide d'un crochet, ce qui permet de la relever par un simple mouvement de bascule.

L'instrument ainsi construit est très léger et portatif: mais il ne vaut pas le pneumodographe en verre, pour prendre le tracé avec du papier sensible.

2° M. Cauzard. — Seringues intra-trachéales

Les deux seringues que je présente à la Société ont un avantage facile à reconnaître, c'est l'adaptation du piston de verre qui a rendu très pratique la seringue à injections sous-cutanées. En effet, avec le piston et le corps de la seringue en verre moulé, plus d'ennuis pour la stérilisation, pour les injections d'huile, de solutions éthérées ou d'essences.

Ces seringues sont destinées : soit à faire des injections dans les fosses nasales, soit à l'injection laryngée ou trachéale. La première se compose de deux parties : une tige renflée formant piston, un corps de pompe en olive à son extrémité destinée à l'orifice nasal. La deuxième seringue (trachéale) est faite de trois parties :

1° Une canule munie de deux anneaux ;
2° Un corps de pompe en verre ;

3° Une tige formant piston, et présentant ou non, suivant le désir du praticien, à son extrémité libre, un anneau ou un bouton.

Syphilis nasale à marche progressivement destructive. — Mort du malade.

Par le Dr MOUNIER

Le malade dont je vais vous rapporter l'histoire, est un exemple bien net des cas, heureusement très rares, où la syphilis tertiaire évolue vers la destruction des tissus, malgré toutes les ressources que la thérapeutique met actuellement à notre disposition. Cette observation vous montrera en même temps que la résection des parties nécrosés ou la simple ablation des séquestres, quand ils sont mobiles, n'a aucune influence sur la marche de la maladie, dans des cas aussi graves.

Le patient avait 36 ans à sa mort, il était spécifique depuis 7 ans, non alcoolique et dans une situation de fortune lui permettant le repos complet. Un point des plus importants à retenir pour notre pratique, et sur lequel ont insisté tous les maîtres consultés, c'est qu'il était resté les trois premiers mois sans traitement ; cette faute a été pour eux l'*unique cause* de la gravité de la maladie.

Et pourtant après ces trois premiers mois, pendant lesquels le chancre a été méconnu, le traitement intensif n'a pas cessé. C'est depuis 1898 jusqu'à 1901 du sirop de Gibert à haute dose avec des frictions mercurielles en alternant.

En 1901 apparaît un testicule syphilitique ;

En 1902 de l'iritis de l'œil gauche, qui guérit par vingt-cinq piqûres de cyanure de mercure.

En 1903 se montrèrent des ulcérations du pharynx et de l'arrière-nez, qui se cicatrisèrent sous l'influence de l'iodure de potassium et de frictions mercurielles.

C'est à la fin de 1903 qu'apparaissent les lésions du nez ; On lui fait à ce moment des piqûres d'huile biodurée et d'hermophenyl, en tout 45 piqûres.

Au commencement de 1904, un de nos confrères lui extrait le vomer en partie nécrosé ; on le traite par l'iodure à haute dose, le mercure n'étant plus toléré ni en frictions, ni en piqûres. Il prend 4 et 5 grammes d'iodure de potassium par la bouche et en lavements.

Je le vois pour la première fois en janvier 1905, avec une gomme ulcérée du dos du nez et je lui retire assez facilement la lame perpendiculaire de l'ethmoïde mobile dans le nez, après toutefois l'avoir sectionnée en deux à la pince coupante. La portion cartilagineuse de la cloison est debout, et le nez n'est pas encore trop affaissé. On fait à ce moment au patient six piqûres de calomel, qui ne donnent aucun résultat comme arrêt de la marche de la maladie. Deux piqûres de cyanure intra-veineuses donnent une intoxication très grave, l'huile grise de même.

Pendant ce temps, l'ulcération du dos du nez augmente, et j'extirpe l'os propre du côté gauche. La branche montante du maxillaire à gauche est dénudée et le plancher de la fosse nasale de ce côté commence lui même à se nécroser.

Après de nouvelles consultations, et l'avis que j'avais pris personnellement auprès de quelques maîtres en syphiligraphie, on envoie le malade, en mars 1905, à Aix-la-Chapelle.

Là-bas le diagnostic de syphilis tertiaire est confirmé et, en dehors d'un traitement sulfureux, on fait à mon malade des injections d'iodipine qui semblent lui réussir et amènent la cicatrisation complète de l'ulcération du dos du nez. Un petit sequestre de la branche montante du maxillaire s'est éliminé, mais il reste une nécrose très étendue du plancher des fosses nasales.

Le patient revient en France, au commencement de juillet avec un mot de notre confrère d'Aix-la-Chapelle, nous recommandant d'extirper le plus tôt possible le sequestre palatin qui entretenait en effet une suppuration profuse des fosses nasales.

Je procédai à cette opération sous chloroforme, en

mettant le malade dans la position de Rose et en opérant par la bouche.

La section de la voûte palatine sur la ligne médiane et le décollement très pénible du périoste, me conduisirent sur un séquestre volumineux, mais non mobile de la plus grande partie de la voûte palatine. Je dus, pour arriver à l'extirpation, pénétrer à la gouge au niveau de l'os incisif et, par cette ouverture, avec énormément de peine, au moyen de la pince gouge très fine, sectionner d'avant en arrière toute cette masse osseuse jusqu'à l'insertion du bord libre du voile. En m'aidant de la curette et de la pince gouge, je pus à droite et à gauche enlever tout l'os malade et par cette large brèche régulariser quelques fragments osseux dénudés dans la nez.

L'hémorrhagie avait été insignifiante, à part une déchirure de la fibro-muqueuse au niveau de la palatine postérieure droite, qui donna de l'écoulement en nappe pour lequel il me fallut faire une compression digitale prolongée.

Les résultats immédiats furent parfaits. Un fort morceau de gaze stérilisée obtura provisoirement la large communication entre le nez et la bouche et après quelques jours de lavages copieux à l'eau oxygénée très-diluée, les bords de la plaie étaient bourgeonnants. Au bout de deux semaines, la cicatrisation palatine était en très bonne voie et je m'absentais de Paris pour les vacances.

Son médecin habituel continuait une fois par semaine les injections d'iodipine.

Vers la fin d'Août la syphilis reprenait avec une nouvelle force et malgré les injections d'huile grise qui maintenant étaient mieux tolérées, le malade succombait par syncope en état de cachexie avancée avec de nouvelles lésions au niveau de l'os incisif et de la partie cartilagineuse de la cloison.

Comme je vous le disais au début de cette observation, rien n'a donc pu arrêter la marche progressive de cette syphilis tertiaire. Habitués comme nous le sommes à voir guérir assez rapidement les lésions nasales ou palatines dans cette affection, j'avais pour ma part porté dès le début

un pronostic favorable sur la benignité duquel j'ai dû, malheureusement, revenir bien avant la fin de mon malade.

Ces cas sont heureusement fort rares ; j'ai cru pourtant intéressant de présenter à la Société cette observation qui m'a semblé offrir quelque intérêt au point de vue de notre spécialité.

Discussion

M. Courtade. — Il y a un facteur de gravité dans le pronostic de la syphilis, c'est le séjour antérieur du malade dans les pays chauds. Une remarque faite depuis longtemps et formulée par un médecin amateur M. Volney, c'est que la syphilis contractée dans les pays chauds ne devient grave, que si on quitte le pays chaud, ou bien quand elle a été contractée en pays froid, par un malade ayant habité longtemps les régions torrides.

L'an dernier, j'ai vu un jeune homme qui, après avoir vécu huit ou dix ans, dans une de nos colonies très chaudes, contracta la syphilis à son arrivée en France. Depuis lors, malgré le traitement spécifiqne le plus soutenu et le plus énergique, on voit encore survenir des accidents naso-buccaux. Lors de mon examen, ce malade portait déjà une plaque prothétique pour obturer une large perforation de la voûte palatine et de la cloison nasale.

M. Mahu. — Peut-être y aurait-il lieu d'ajouter la raison suivante : Tant qu'on n'a administré au malade dont il s'agit que le traitement mercuriel seul, on n'a pas eu de résultat parce qu'il s'agissait d'une syphilis nasale. On dirait — et j'ai recueilli de nombreux faits probants — que le traitement de la syphilis tertiaire du nez exige l'*emploi de l'iodure.*

M. Gellé. — J'ai pu observer chez un syphilitique subissant un traitement spécifique intensif, pour une gomme du larynx : une gomme linguale qui évolua malgré le traitement. Le mercure fut associé à l'iodure sans résultat.

A l'appui des faits avancés par M. Courtade je puis dire que mon malade avait habité les pays chauds (Haïti) et avait presque constamment depuis 20 ans, des accidents secondaires bucco-pharyngés ; il avait été fumeur mais ne fumait plus depuis plusieurs années.

M. Bourgeois. — La localisation d'accidents tertiaires là où des accidents secondaires ont été nombreux et graves est aujourd'hui très intéressante, car on a prétendu que les accidents tertiaires seraient dûs à la présence de colonies de spirochètes ayant sommeillé localement depuis la période secondaire.



SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1906

(Clinique du Dr Luc)

Présents : MM. Castex, Kœnig, Heckel, Bonnier, Fournié, Bourgeois, Weismann, Aysaguer, Courtade, Lermoyez, Mahu, Guisez, G. Gellé, Veillard, Luc, Didsbury, G. Laurens, Boulay.

Après lecture du rapport du Dr G. Laurens, sur les candidatures de MM. Bosviel, de Paris et Guillot, de Dijon, la Société passe au vote, à la suite duquel les deux candidats sont élus membres titulaires.

Le Secrétaire-général annonce la candidature du Dr Lombard, présenté par MM. Lermoyez et Mahu.

Présentation de malades et de pièces

M. LUC. — 1° et 2° Deux évidés pétro-mastoïdiens guéris au bout de six semaines de traitement avec lambeau de Siebenmann et pansements consécutifs sans tamponnement profond et avec insufflation de poudre d'ektogan;

3° Un malade qui subit d'abord l'opération de Caldwell-Luc, bilatérale, pour une suppuration chronique des antres maxillaires, puis, une ouverture exploratrice de l'antre frontal gauche par l'orbite, en raison du soupçon *non justifié* de suppuration de cette cavité et chez lequel un lavage consécutif de l'antre maxillaire gauche, provoqua un phlegmon fronto-orbitaire de ce côté ;

4° Une femme atteinte d'hyperostose diffuse non spécifique du maxillaire supérieur, consécutive à des caries dentaires multiples et sans suppuration des antres d'Highmore.

M. CASTEX. — 1° Trois rhinolithes extraits à trois

femmes, qui accusaient toutes une obstruction unilatérale remontant à plusieurs années.

Après désinfection et cocaïnisation de la fosse nasale, M. Castex a cherché à faire sortir le corps étranger par le vestibule nasal, au moyen d'une pince courbée à bords plats, mais il n'a réussi que dans un seul cas, pour les deux autres il a dû procéder par refoulement dans le cavum.

Ces rhinolithes noirâtres très durs, ont la forme ramifiée déjà décrite. Ils vont être sectionnés et examinés pour vérifier s'il s'agit de types primitifs ou secondaires à noyaux. L'étiologie n'a pu être affirmée.

2° Deux malades, dont le premier présente un épithélioma de l'épiglotte assez bien toléré. Bien que la tumeur n'ait pas dépassé la limite de l'opercule, M. Castex ne croit pas devoir intervenir par la pharyngotomie.

Le second malade est atteint de leucoplasie palatine, ressemblant beaucoup à des accidents secondaires graves; mais, en réalité et malgré un chancre ancien, l'affection n'est pas de nature syphilitique.

M. Mahu. — 1° Un cas d'angiome traité par des injections d'eau oxygénée

---

L'angiome est une tumeur, généralement congénitale, constituée par la dilatation et par la néo-formation de vaisseaux capillaires (Cruveilhier).

Il existe des angiomes *rouges*, animés parfois de battements pulsatils, et d'autres *de couleur violacée*; d'où la classification de Broca en angiomes *artériels* et en angiomes *veineux*. Mais la division de ces tumeurs, par Virchow, en angiome *simple* et angiome *caverneux*, qui précise les deux stades de leur évolution, est généralement adoptée aujourd'hui.

Les angiomes cutanés sont ordinairement diffus sans limite précise, tandis que les angiomes sous-cutanés, lipomateux, sont presque toujours encapsulés (Monod).

Indolores, de volumes très variables, plus fréquents chez les filles que chez les garçons, ces tumeurs se rencontrent sur toute la surface du corps, mais beaucoup plus fréquemment sur les régions cervicales et faciales que sur toutes les autres parties réunies.

Ce dernier fait serait dû, d'après Virchow, à ce que ces tumeurs apparaîtraient à la suite de transformations défectueuses des fentes faciales et branchiales ; et, cette genèse explique qu'en même temps qu'ils sont cutanés et sous-cutanés, les angiomes sont aussi très souvent profonds et s'étendent jusqu'aux muqueuses sous-jacentes, labiale, buccale, nasale, oculaire (Pierre Delbet).

On rencontre par suite beaucoup d'angiomes dans le domaine de notre spécialité et, de la part du laryngologiste, ce n'est pas, à notre avis, empiéter sur la pathologie générale, que de s'intéresser au traitement de cette affection.

Parmi les localisations les plus communes, il faut citer l'angiome buccal (labial, velo-palatin et du plancher de la bouche) les angiomes cervical, naso-frontal et naso-labial.

C'est un cas de cette dernière espèce que nous avons eu l'occasion de traiter et sur lequel nous désirons attirer l'attention.

Le 5 juillet 1907, un homme de 36 ans se présente à nous à la consultation spéciale de l'hôpital Saint-Antoine avec une tumeur angiomateuse de la région naso-labiale gauche. Cette tumeur de la grosseur d'une noix, présente une surface cutanée rosée, arborescente et lisse. Elle est rénitente, mobile, soulève la lèvre supérieure et surtout le plancher du vestibule nasal, assez profondément ; elle est nettement sentie en dessous avec le doigt introduit dans la région gingivo-labiale.

Le malade déclare avoir toujours eu en cet endroit une tache légèrement saillante, mais que la tuméfaction n'est apparue que depuis deux ans environ. Il s'agit évidemment là d'un nœvus ayant suivi plus tard le cours de l'évolution angiomateuse.

Je commencai immédiatement le traitement électrolytique employé fréquemment par moi, avec succès, dans des cas similaires. Courant de 8 à 10 milliampères ; l'aiguille (pôle

positif) piquée dans la tumeur, l'autre pôle constitué par une plaque de peau humide appliqué sur l'avant-bras. Ces séances furent répétées une quinzaine de fois dans les mois de juillet, août, octobre, novembre et décembre 1904 et janvier, février, mars et avril 1905, et eurent pour effet une diminution assez notable du volume de la tumeur, mais non pas sa disparition ni surtout son ramollissement.

Après avoir cessé l'électrolyse pendant six mois, le malade ne se trouvant pas tout à fait satisfait du résultat obtenu, vint me retrouver en novembre dernier à l'Hôpital Saint-Antoine. Von Eicken, de Fribourg, venu par hasard dans le service de M. Lermoyez, me conseilla d'essayer les injections interstitielles d'eau oxygénée.

Le résultat fut très rapide et, en quatre séances, la tumeur diminua très notablement de volume et surtout devint beaucoup moins dure, ne laissant plus aucune gêne locale et rendant leur mobilité aux muscles de la région.

C'est dans cet état que j'ai pu présenter le malade à la Société de laryngologie de Paris le 23 février dernier.

J'injectai, à chaque fois, 3/4 de centimètre cube environ d'eau oxygénée dans la partie centrale de la tumeur en ayant soin de perforer complètement l'enveloppe fibreuse et très dure qui l'enkystait.

Je pris également la précaution de circonscrire la surface injectée en faisant pression suivant un cercle à l'aide d'un anneau métallique (mon alliance dans ce cas), ceci afin d'éviter la production possible d'embolie.

L'injection elle-même est un peu douloureuse et la douleur persiste un quart d'heure environ, tandis qu'il se produit une tuméfaction assez volumineuse mais éphémère, due au dégagement gazeux résultant de la réaction chimique. Dès que l'eau oxygénée a pénétré dans l'intérieur de la tumeur, la surface de celle-ci pâlit peu à peu, par places, au fur et à mesure qu'on voit par transparence de minuscules bulles de gaz pénétrer dans les capillaires et s'y mouvoir avec une grande rapidité.

***

L'idée du traitement des angiomes par des injections de liquides hémostatiques n'est pas nouvelle : elle revient à Monteggia en 1814. Depuis, on a injecté les liquides les plus variés : le tanin, le chlorure de chaux, l'acide nitrique, l'acool, le perchlorure de fer... etc.

Mais je n'avais personnellement jamais rien lu se rapportant à cette pratique à l'aide de l'eau oxygénée ; et, l'étude du cas ci-dessus m'a conduit à me poser les deux questions suivantes :

Quel est, dans l'espèce, le mode d'action de l'eau oxygénée ?

L'arrêt de développement de la tumeur produit par ce traitement sera-t-il définitif ?

Pour essayer de répondre à la première question, il faut se souvenir que :

1° Lorsqu'on incise un angiome il se produit un écoulement de sang ;

2° Quand on comprime extérieurement la tumeur, elle s'affaise.

Ces deux faits prouvent qu'il s'établit dans l'intérieur de l'angiome un échange sanguin entre les capillaires, autrement dit que cette tumeur a une vie propre que l'on peut arrêter au moins temporairement en mettant un obstacle à l'échange.

Cet obstacle serait ici l'oblitération des capillaires résultant de la décomposition du peroxyde d'hydrogène en présence du sang.

On sait en effet que, mise en présence des globules rouges, l'eau oxygénée se décompose très rapidement en eau et en oxygène avec formation d'une substance blanche de nature albuminoïde, voisine comme composition de la fibrine soluble de Denis et de la métalbumine.

Les avantages sur les autres liquides sembleraient être la non-production de caillots (pas d'embolie) et l'action antiseptique du produit employé (pas d'infection). Nous n'avons pas observé d'inconvénient résultant du dégagement gazeux.

D'après les expériences de Assmuth et A. Schmidt, confirmées par celles de Laborde et Quinquaud, l'eau oxygénée injectée dans le courant circulatoire en quantité appréciable,

n'occasionnerait que des troubles sans grande importance. Ces deux derniers auteurs ont démontré en effet, qu'un chien de 15 kilogr.; pouvait recevoir dans ses veines une quantité d'eau oxygénée équivalente à 1.000 centimètres cubes d'oxygène sans danger pour lui.

En ce qui concerne la durée de l'amélioration, nous ne pouvons encore nous prononcer, la fin de l'expérience ne datant que de trois mois ; et d'ailleurs il serait téméraire de baser une affirmation sur un seul cas.

Quoi qu'il en soit, nous avons cru intéressant de faire connaître les résultats de cette première tentative que nous nous proposons de recommencer par la suite.

2° Réparations prothétiques externes au moyen d'injections de paraffine à froid.

a) Femme de 55 ans, présentant une forte dépression de la racine du nez causée par un traumatisme ayant brisé les os propres. Une extrême minceur de la peau et son adhérence intime au périoste sous-jacent rendaient l'opération délicate. Il fallut préalablement décoller cette peau à l'aide d'un petit ténotome avant de pousser l'injection de paraffine solide (fusible à 45°) qui fut pratiquée avec la seringue de l'auteur. La réparation telle qu'elle est présentée fut faite en une seule fois.

b) Jeune homme de 17 ans, ayant subi une déformation du nez en coup de hache, à la suite d'un abcès en bouton de chemise de la cloison. Réparation faite en une fois par le même procédé que ci-dessus.

c) Homme de 45 ans, opéré d'un évidement pétro-mastoïdien il y a sept ans. Orifice postérieur persistant de plus d'un centimètre de diamètre. Oblitération en trois séances, en pratiquant sur les deux pôles de l'orifice des injections de paraffine à froid en arrière, et une du côté de la peau du pavillon.

La pratique des injections de paraffine à froid est tellement plus simple que celle des injections à chaud qu'on est

tout à fait tenté de généraliser le premier de ces deux procédés. Il ne doit pourtant pas en être toujours ainsi ; mais, quand le relief ne comporte pas un modelé par trop délicat on peut très bien l'employer comme le prouvent les quelques résultats présentés.

Discussion.

M. Lermoyez (sur une question de l'un des membres). — Les injections de paraffine constituent évidemment le meilleur traitement de l'ozène qui ait été encore proposé jusqu'à ce jour. Malheureusement elles réussissent d'autant moins qu'elles sont plus indiquées et elles échouent dans les vieilles rhinites atrophiques, ou le besoin des cornets artificiels se fait le plus sentir.

On ne saurait cependant tabler sur ce reproche, pour rejeter cette nouvelle méthode thérapeutique. La digitale elle-même n'agit-elle point en raison inverse de la gravité des cardiopathies qui la réclament ?

Tout au moins le traitement nasal est absolument inoffensif, à condition qu'on se serve de la *paraffine froide*. Jadis quand j'employais la paraffine chaude, je constatais souvent, dans les jours consécutifs aux injections, un certain empâtement de la veine faciale, correspondant au côté injecté, lequel ne produisit jamais d'acccidents, mais n'en donnait pas moins des préoccupations sérieuses.

M. Castex, à propos des injections à froid de paraffine, mentionne un cas où celle-ci est sortie en grande partie par la piqûre d'entrée, lentement, dans les deux mois qui ont suivi l'injection, malgré tous ses efforts, laissant ainsi un résultat disgracieux.

M. Guisez a observé dans deux cas d'injection de paraffine à froid, du sphacèle de la muqueuse à la surface d'un épreron artificiel créé sur la cloison. Il demande si M. Mahu a observé cette complication.

M. Mahu dit ne l'avoir jamais observée.

M. Lermoyez pense que cet accident était dû à la trop grande quantité de paraffine injectée *en une seule fois*.

M. Guisez. — Corps étranger (pièce de 50 cent.) extraite de la bronche droite au moyen de la bronchoscopie supérieure

Le malade est présenté trois jours après l'extraction. Cette intervention faite par voie bucco-laryngée n'a duré que quelques minutes. Elle a été faite dans la position de Rose et sous simple cocaïnisation.

C'est le quatrième corps étranger des bronches, que l'auteur enlève; pour le premier seul il dut recourir à la trachéotomie (broncoscopie inférieure).

Cette complication opératoire n'est point nécessaire la plupart du temps à la condition : 1° de se munir d'un éclairage suffisant; 2° d'introduire le tube par la commissure buccale opposée à la bronche intéressée ; 3° de bien faire la manœuvre de redressement du tube pour atteindre et franchir la glotte.

M. Bourgeois. — Malade atteint de dégénéresence d'apparences myxcomateuse de la muqueuse glottique.

Ce malade âgé de 50 ans, est enroué depuis de longues années ; mais, les troubles de la voix ont augmenté l'été dernier, en même temps qu'apparaissait une gêne croissante de la respiration. Lorsqu'il se présenta à la consultation de St-Antoine, au commencement de janvier 1906, il était très enroué et même au repos la respiration était légèrement sifflante.

A l'examen laryngoscopique on constata l'intégrité du vestibule laryngé mais une modification profonde de l'aspect de la glotte : la corde vocale droite, sur les trois quarts moyens de son étendue était transformée en une masse ressemblant

assez bien à une petite lèvre, comme forme, et tout à fait à un polype muqueux du nez comme consistance et comme coloration. La corde vocale opposée était également d'aspect myxomateux, mais beaucoup moins volumineuse, quoique augmentée de volume elle avait conservé à peu près sa configuration normale. La lumière du larynx paraissait assez étroite ; la mobilité des aryténoïdes était conservée.

Immédiatement après anesthésie cocaïnique, on enlève la plus grosse partie de la tumeur de la corde vocale droite. Cette pièce, du volume d'une demi-noisette enlevée à la pince de Ruault fut reconnue kystique. Dans deux séances ultérieures à huit et à quinze jours d'intervalle furent enlevés deux petits fragments de la muqueuse dégénérée à droite, mais on s'abstint de toucher au côté gauche.

Depuis l'opération la voix s'est un peu améliorée. La respiration est bonne et l'on peut voir que la dégénérescence myxomateuse s'étend à la région sous-glottique.

Dr Auberlin. — Examen histologique. — La paroi du kyste est ainsi constituée (en allant de l'extérieur à l'intérieur) : 1° Un épithélium malpighien absolument normal et avec très peu de tissu corné sans papilles ou presque sans papilles ;

2° Immédiatement au-dessous de la basale du tissu fibreux très dense composé de faisceaux serrés parallèles à la basale et contenant peu de noyaux et presque pas de vaisseaux ;

3° Au fur et à mesure que l'on s'éloigne de l'épithélium, le tissu conjonctif devient plus lâche et les faisceaux qui le constituent s'écartent les uns des autres, comme infiltrés par un liquide d'œdème. En même temps les vaisseaux néoformés deviennent plus nombreux et les cellules rondes sont plus abondantes ;

4° A sa partie tout interne, le tissu fibreux œdematié forme de véritables villosités, très irrégulières où les vaisseaux et les cellules sont en nombre beaucoup plus grand que dans la partie moyenne. Les vaisseaux sont pour la plupart entourés de tissu fibreux adulte très dense ;

5° On distingue assez mal l'épithélium qui borde la cavité ; il semble cependant que ce soit un épithélium plat

à une seule couche (endothélium). Il est doublé d'une petite couche de tissu fibreux un peu plus dense.

En résumé : Fibrome œdemateux kystique dont la paroi extérieure est tapissée par l'épithélium pavimenteux normal du larynx. Il n'y a pas de « tissu muqueux » véritable (à grandes cellules ramifiées). Même structure que pour les tumeurs dites *myxomes* des fosses nasales.



SÉANCE DU 6 AVRIL 1906

Présents : MM. G. Gellé, G. Didsbury, P. Laurens, Cauzard, Bruder, Veillard, Fiocre, Bellin, Fournié, Bosviel, Kœnig, Mahu, Cartaz, Heckel, Guisez.

Excusé : M. Luc.

Le Secrétaire général donne lecture du rapport de M. Luc, sur la candidature du Dr Lombard. Cette candidature mise aux voix est acceptée. En conséquence, le Dr Lombard est élu membre de la Société.

M. Bosviel. — Périchondrite du cartilage thyroïde, chez une septuagénaire diabétique Guérison rapide et complète

Mme L..., âgée de 72 ans, diabétique (9 grammes de sucre par litre) obèse, croit avaler, dans la première quinzaine de mai 1905, un petit os de côtelette, qui lui fait éprouver la sensation de piqûre et de constriction à l'arrière-gorge. Au bout de deux ou trois jours, après un effort voulu pour avaler, l'impression de corps étranger disparaît soudain, et voici qu'à sa place, s'installe un abominable goût d'œufs pourris ; la gêne s'accroît et bientôt apparaît extérieurement une tumeur assez nette, qui siège au-devant du cou. Entre temps la fièvre s'est mise de la partie, surtout une nuit, dit la malade, où elle se rappelle avoir sué abondamment et bu plusieurs litres de liquide, ce qui ne lui arrive jamais. Après quelques pastilles borato-mentholées sans résultat, Mme L... vient me trouver. Nous sommes le 3 juin. Je constate : gêne respiratoire, gêne à l'absorption des aliments, mauvais goût persistant dans la bouche, crachats fétides striés de filets de sang, fatigue générale depuis le mois de mai, fièvre. La malade est particulièrement inquiète de cette

boule au-devant du cou, qui a pris peu à peu les proportions d'un énorme marron d'Inde. Elle repose exactement au niveau du cartilage thyroïde et fait corps avec lui. La peau y est lisse, tendue et luisante. Au toucher, sensibilité exquise, et douleur bilatérale à la moindre pression, surtout du côté droit. Au palper les vibrations vocales sont parfaitement conservées des deux côtés. Il est aisé de saisir une épaisseur de peau de un centimètre au-dessus de la tumeur, et cette peau n'est nullement adhérente, elle roule sous le doigt. Au-dessous d'elle on sent les deux faces du cartilage thyroïde très hypertrophiées, sans déformation la moindre ; l'angle en est encore très perceptible, c'est comme une carapace enserrant le thyroïde tout en épousant ses formes. Sa consistance est normale à peu de choses près.

Reste l'examen endolaryngé, difficile à pratiquer, la malade ayant toujours eu pour habitude d'écarter fort peu l'une de l'autre ses arcades dentaires, défaut qu'elle exagère davantage quand elle projette sa langue au dehors. Par bonheur, elle porte un dentier qu'elle enlève, ce qui permet au rayon lumineux d'atteindre le miroir. Le passage n'en reste pas moins très étroit, j'ai l'impression qu'il me sera impossible d'introduire le plus minuscule instrument. Toutefois je parviens à distinguer vers le fond une petite grosseur rouge lie de vin; au-dessus l'épiglotte n'est pas infiltrée, mais rouge vif. On ne voit pas d'autres détails. J'ordonne alors comme traitement, des inhalations calmantes très chaudes, toutes les trois heures, compresses d'eau bouillie à haute température, renouvelées fréquemment à la face antérieure du cou ; quinine, alimentation liquide. Trois jours après, Mme L... revient, elle a éprouvé un bien-être inouï de ces inhalations. Elle a craché du pus en quantité pendant ces trois jours, elle se sent énormément dégagée. Ce pus, rayé de sang, était horriblement fétide. La voilà moins gênée pour respirer ; l'on dirait même que la tumeur extérieure a déjà un peu diminué. Mme L... est beaucoup plus alerte qu'il y a trois jours, elle a repris ses couleurs et se trouve fort soulagée. Je l'examine à nouveau. Au miroir laryngien, on aperçoit maintenant une nappe de pus à droite, inondant la bande ventriculaire élargie, mais on ne peut distinguer la corde vocale correspon-

dante, cachée qu'elle est par le gonflement sus-jacent. A gauche, rien de spécial à noter, la corde vocale est très apparente et saine, elle ne porte, pas plus que la bande ventriculaire sus-jacente, aucune trace de lésion. L'épiglotte est toujours rouge, mais de dimensions normales. Extérieurement, la tumeur semble un peu moins grosse, ce n'est pas très net toutefois. Les douleurs provoquées à son niveau sont bien moins vives. J'ordonne alors des inhalations au Baume du Pérou, et des applications externes de teinture d'iode.

Quatre jours plus tard, je revois Mme L.... Elle a encore craché du pus, mais en moins grande quantité; les nouvelles inhalations, sans l'avoir fatiguée, ne lui ont pas procuré le soulagement des premiers jours. Quant à la tumeur extérieure, elle diminue très sensiblement ; la peau, de tendue qu'elle était, se plisse à nouveau par dessus ; cependant elle est encore très apparente, la percussion y est toujours douloureuse, mais beaucoup moins qu'autrefois. A l'examen laryngoscopique, on aperçoit toujours un peu de pus, mais très, très peu ; la couche en est presque transparente, mais empêche quand même de voir la muqueuse au-dessous d'elle. La corde vocale droite elle aussi reste invisible. Je prescris de continuer les inhalations, et je fais deux rangées de pointes de feu au galvano-cautère, au niveau des faces du cartilage thyroïde.

Le 20 juin, Mme L... revient. Cette fois-ci la tumeur extérieure a entièrement disparu. Plus de douleur à la palpation, à la percussion, le thyroïde n'est certainement pas plus volumineux qu'autrefois. L'état général est parfait. L'appétit est revenu, plus de fièvre, les forces sont retrouvées. L'examen endolaryngé ne décèle plus de pus ou de rougeur quelconque; la corde vocale droite est, cette fois-ci, apparente dans toute sa longueur ; la surface de la bande ventriculaire droite où siégeait le pus est blanche, comme ridée sur une surface de 5 à 6 millimètres. Pas d'infiltration aucune. Les aryténoïdes sont normaux. Je crois tout fini. Il me semble toutefois, qu'à l'endroit où siégeait autrefois la tumeur extérieure, on perçoive comme une poche renfermant une toute petite quantité de liquide; mais en pressant sur un point, il apparait qu'on chasse devant soi une masse liquide insignifiante qui va se

ramasser plus loin. C'est en somme fort peu de chose, peut-être une bourse séreuse artificiellement développée sur le thyroïde hypertrophié. Je fais faire une légère compression, un badigeonnage à la teinture d'iode. Plusieurs jours après, rien ne subsiste plus. Cinq mois plus tard je revois la malade. Tout est parfaitement normal.

Avant de finir, un dernier point reste à préciser qui pourrait soulever une objection en soi très légitime ; je veux parler de l'état général du sujet.

Alors que je faisais observer au début de cet article, que la périchondrite compliquait presque invariablement une diathèse, on serait en droit de répondre qu'ici rien n'est changé puisque la malade est diabétique. Toutefois si l'on veut bien observer que le diabète ne s'est jusqu'à ce jour manifesté que par la présence de sucre dans les urines, sans accompagnement de polydypsie, polyurie, polyphagie; qu'en dépit des écarts de régime, la glycosurie n'a jamais augmenté depuis fort longtemps; que ce diabète, un diabète gras, n'incommode point la malade, qui d'habitude se porte à merveille, on conviendra que s'il faut faire une part à l'état général dans la genèse de cette périchondrite, cette part doit être bien réduite ; tout au plus peut-on dire que le terrain n'était pas réfractaire à son développement, qu'il lui a simplement laissé le champ libre pour évoluer.

Discussion

M. Cauzard. — Sur quels signes précis notre confrère pose-t-il le diagnostic de périchondrite ? Pourquoi ne pas admettre un simple abcès à la suite d'une érosion ?

M Bosviel. — La tumeur ne parut pas avoir les caractères d'un abcès car il n'existait pas la moindre trace de fluctuation. La dite tumeur avait la même consistance que le cartilage et le doigt pouvait suivre le thyroïde dans tous ses détails, ce qui ne se fut pas produit s'il s'était agi d'un abcès.

M. Bellin. — Kystes dermoïdes du dos du nez

Nous avons eu l'occasion d'opérer en Février dernier un kyste dermoïde du dos du nez. L'intervention présente

beaucoup plus de difficultés qu'on pourrait le croire au premier abord. Dans l'observation que nous rapportons ci-dessous, la tumeur était en réalité composée de trois kystes : c'est ce qui fait l'intérêt de cette observation.

Un enfant de 12 ans, se présente avec une tumeur occupant le dos du nez; elle remonte en haut jusqu'à la racine du nez et descend jusqu'à la réunion du quart moyen avec le quart inférieur. Sur toute l'étendue de la tumeur, la peau est rouge, tendue ; sur la région médiane, il existe un petit orifice par lequel sort de la matière sébacée. Cette grosseur déforme le nez qui, de profil, paraît très busqué. La rhinoscopie antérieure montre un épaississement bilatéral du bord antérieur de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde dans la région correspondant à la tumeur.

L'enfant est porteur de cette tumeur depuis qnatre ans. Elle s'est ouverte il y a deux ans ; à cette époque elle fut opérée par un chirurgien, mais trois semaines après il y avait récidive.

Opération. — Anesthésie générale au chloroforme. Incision suivant l'arête du nez, dépassant la tumeur en haut et en bas au niveau de la fistule : petite cavité pleine de matière sébacée, plus haut tumeur allongée, d'aspect fibromateux remontant jusqu'au frontal, au niveau de la tête du sourcil droit, extrêmement adhérente au périoste sous-jacent. Plus bas que la fistule, dans l'angle à sinus antéro-inférieur formé par la rencontre des bords inférieurs des os propres du nez, dans la trame fibeuse qui les réunit, on voit un petit pertuis par où s'échappent des poils soyeux. Cet orifice agrandi au bistouri, montre l'existence d'un petit kyste rempli de poils qu'on ne peut mieux comparer qu'à une touffe de pengawar stérilisé. Ce kyste s'est creusé une logette arrondie dans le bord antérieur de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. Réunion par première intention. La réunion immédiate ne fut pas obtenue au niveau des deux points supérieurs, la peau étant à ce niveau, rouge, mince et de mauvaise qualité. La guérison fut parfaite en une dizaine de jours. Pas trace de récidive jusqu'à présent. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait de trois kystes : le supérieur glandulaire, le moyen sébacé, l'inférieur pileux.

M. Fiocre. — Un cas d'hémorrhagie primitive du naso-pharynx

Personne n'ignore l'intérêt urgent qu'il y a, lorsqu'un sujet vient consulter pour un crachement de sang, à rechercher avec le plus grand soin l'origine de l'hémorrhagie. Une inspection minutieuse de l'arrière-gorge et du larynx, a souvent servi en pareil cas à préciser le diagnostic. Notre observation démontre une fois de plus, l'importance de cet examen, en même temps, qu'elle relate un fait de connaissance certainement peu commune.

Observation : Mme D... âgée de 43 ans, vient nous voir le 3 Juillet 1905, pour un crachement de sang survenu deux jours auparavant et qui, depuis, s'était renouvelé à plusieurs reprises. L'hémorrhagie avait débuté le samedi soir à dix heures, sans être précédée d'aucun prodrome; absence totale de sensation d'angoisse, de chaleur à la gorge et de toux. La malade, au moment de se coucher, éprouva seulement le besoin de cracher et à son grand étonnement, expectora du sang. L'hémorrhagie se représenta trois fois dans la journée du dimanche, et une autre fois le lundi matin. Chaque fois, la malade rendait, paraît il, la valeur d'un demi-verre à un verre de sang, mêlé de salive. A aucun moment, il n'y eut de la fièvre.

Mme D... avait déjà craché un peu de sang aux environs de Pâques de cette même année, et aussi, il y a un an à pareille époque.

Ces deux premières hémorrhagies semblent être survenues sans cause appréciable; du moins, la malade ne se souvient pas très bien. Quant à l'hémorrhagie actuelle, elle a coïncidé avec l'époque des règles.

Mme D... a joui jusqu'ici d'une assez bonne santé. Elle a seulement été traitée l'an dernier, pour un peu d'anémie et de nervosisme. Elle ne tousse pas. Elle est réglée d'une

façon normale, sauf qu'elle perd très peu. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Examinant la malade à notre point de vue spécial, nous constatons sur la partie postérieure du pharynx buccal, immédiatement en arrière du pilier postérieur droit, une traînée de sang rouge. Par la rhinoscopie postérieure, qui est très facile, nous apercevons au niveau de la voûte, à droite, une légère saillie de la muqueuse, qui saigne en ce point. C'est là que se trouvait le siège de l'hémorrhagie.

L'examen des autres organes fut d'ailleurs négatif. Le larynx et la trachée étaient absolument sains. Rien dans le nez, sauf le cornet droit un peu développé, au niveau de la cloison, vaisseaux apparents dans la muqueuse.

Grosses dilatations variqueuse à la base de la langue.

Il existe également quelques varices aux jambes et un léger bourrelet hémorrhoïdal. Ayant ainsi parfaitement délimité le foyer hémorrhagipare, il était indiqué de tarir l'écoulement sanguin par une cautérisation locale énergique. Nous choisîmes donc comme caustique l'acide chromique fondu, porté à l'extrémité d'un stylet coudé et la cautérisation fut faite sous le contrôle du miroir à l'aide du releveur du voile. Après nous être assuré que le sang ne donnait plus, nous renvoyâmes la malade chez elle, mais deux heures plus tard elle nous revint, saignant de nouveau. Cette fois, nous vîmes alors très nettement au centre de l'eschare produite par notre cautérisation un point rouge, d'où partait en arrière un mince filet sanguin. Une seconde application du caustique eut enfin raison de l'hémorrhagie. Nous revoyons la malade le lendemain et les jours suivants ; l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite.

Au bout de huit jours, le cavum est débarrassé de l'eschare, et apparaît normal.

Nous cessons alors de voir la malade jusqu'au 3 Janvier 1906, époque à laquelle elle revient nous trouver, craignant de présenter quelque lésion laryngée.

Entre temps, elle va consulter dans les premiers jours d'Août un confrère de médecine générale qui lui trouva des signes évidents de tuberculose pulmonaire, surtout marqués au sommet gauche, et lui ordonne de la suralimentation et le séjour

à la campagne. Après deux mois de repos au grand air, Mme D...., revient très améliorée. Cependant, vers la fin Novembre, elle est prise d'un enrouement passager.

Le 3 janvier 1906, nous observons à l'examen du larynx de la rougeur et du gonflement de la bande ventriculaire droite, laquelle recouvre entièrement la corde vocale sous-jacente. Celle-ci ne se montre en effet que dans les efforts exagérés de phonation ; elle est blanche et semble normale ainsi que la corde du côté opposé. L'espace interaryténoïdien paraît intact, sauf en un point à droite où il existe une petite surface, ayant l'aspect d'une légère ulcération. La voix est demeurée claire et il n'y a pas de douleur à la déglutition. La malade tousse et crache un peu le matin au réveil, elle a surtout, nous dit-elle la sensation de mucosités adhérentes à la gorge.

En raison des antécédents, nous sommes curieux de revoir le cavum : Il ne présente rien d'anormal ; nous relevons seulement la présence d'une glande de Luschka suffisamment réduite et, fait intéressant, dans la moitié droite, dessiné sous la muqueuse, le trajet d'une veinule, là précisément où avait pris naissance l'hémorrhagie. Enfin sur le pilier postérieur de l'amygdale du côté droit, on peut voir, faisant légèrement saillie à la surface de la muqueuse, une petite élevure de la grosseur d'une lentille et de couleur foncée, sorte de petite tumeur sanguine.

Depuis le mois de juillet, la malade n'a plus craché de sang.

Les hémorrhagies primitives ou spontanées du naso-pharynx sont excessivement rares. On connaît mieux les hémorrhagies dues aux ruptures des varices de la base de la langue, ou en l'absence de varices « à la rupture de vaisseaux capillaires préalablement dilatés à l'occasion du travail hypertrophique qui transforme la quatrième amygdale » (Joal) (1). — Natier dans un travail sur les pharyngites hémorrhagiques, (2) rapporte sept observations, dont

(1) JOAL. — Hémorrhagie de l'amygdale linguale et hémoptysies. — *Revue de Laryngologie* (1er Juin 1893).

(2) NATIER. — Communication à la Société Française d'Otologie et de Laryngologie. (Congrès de 1893).

une personnelle : dans toutes, à part une, signalée par Hunt, où le sang provenaient d'une érosion superficielle de la voûte du pharynx, l'hémorrhagie avait pris naissance dans l'oro-pharynx.

R. Botey (de Barcelone), il est vrai, affirme avoir vu un certain nombre de ces fausses hémoptysies d'origine naso-pharyngiennes. — Escat (1) rapporte qu'il a observé deux fois des hémorrhagies de l'étage supérieur du pharynx chez des ozéneux. L'écoulement sanguin succède alors ainsi que le prétend Rosenberg (2), à la chute spontanée ou provoquée des croûtes amassées dans le pharynx, mais la malade qui fait le sujet de notre observation ne présente pas de pharyngite sèche ; aussi convient-il d'invoquer une autre étiologie. Sans vouloir rappeler les causes, tant générales que locales, qui peuvent déterminer des hémorrhagies du pharynx, nous essaierons seulement, dans le cas particulier qui nous occupe, d'indiquer les raisons qui nous paraissent les plus plausibles pour expliquer la production de l'hémorrhagie.

Tout d'abord, nous pourrions citer : l'existence d'une altération des parois vasculaires, problablement consécutive à des phénomènes d'inflammation catarrhale au niveau de l'amygdale de Luschka, puis la tendance très marquée chez notre malade à de l'ectasie vasculaire, aux varices. Nous relevons en outre, la coïncidence de l'hémorrhagie avec l'époque des règles, ces dernières étant habituellement peu abondantes et de très courte durée, caractère qui implique l'idée d'une suppléance.

L'état de neuro-arthritisme manifeste de la malade mérite également d'être mentionné. Treitel (3) n'a-t-il pas signalé, en effet des hémorrhagies pharyngées chez des arthritiques ? Enfin, mentionnons, la prédisposition aux poussées congestives dues à l'évolution d'une tuberculose pulmonaire concomitante.

Quant à fixer la cause certaine de l'hémorrhagie, cela n'est guère possible ; aussi nous en tiendrons nous à une étiologie

(1) ESCAT. — Les Maladies du pharynx.

(2) Deutsche medicin Wochenschrift n° 6. 1892.

(3) Deutsche medicin Wochenschrift n° 6. 1892.

plutôt éclectique. Nous ferons seulement remarquer l'utilité toute spéciale dans ce cas, d'un examen approfondi du nasopharynx, vu l'erreur du diagnostic presque inévitable avec une vraie hémoptysie, par suite de l'existence chez la malade d'une bacillose au début.

L'hémorrhagie n'eut aucun caractère de gravité.

La thérapeutique fut celle qui est généralement indiquée lorsqu'on se trouve en présence d'un foyer hémorrhagique nettement délimité, c'est-à-dire : cautérisation du point saignant avec l'acide chromique fondu à l'extrémité d'un porte-caustique approprié, sous le contrôle de la rhinoscopie postérieure et autant que possible avec l'aide du releveur du voile.

Discussion

M. **Guisez.** — J'ai observé dernièrement un cas analogue chez un homme.

Il s'agissait de petites varices du cavum : celles-ci étaient tellement petites qu'on pouvait à peine les voir. Les hémorragies furent cependant très abondantes et vinrent à pleine bouche.

M. C.-J. Kœnig.—I. Présentation de seringues tout en verre, pour injections intra-laryngiennes ou intra-trachéales

---

Les seringues en verre pour injections intra-laryngiennes faites par Pfau de Berlin ont leur piston en amiante. Celles-ci, faites à l'instar des seringues à injections hypodermiques de Lüer, sont tout en verre, piston aussi bien que corps de seringue.

II. — Corps étranger rare du conduit auditif ressemblant à un polype fibreux

Il s'agit d'une petite fève du Brésil appelée « olho de cabra » (œil de chèvre) qui est rouge carmin sur une de ces

faces, et noire sur l'autre. C'est la surface rouge qui se présentait à la vue et ressemblait soit à un morceau de corail, soit à un polype fibreux très vasculaire. Elle était rénitente au toucher avec la sonde, mais immobile. Quelques coups de seringue la firent sortir. Il y a trois ans que l'enfant avait quitté le Brésil, donc le corps étranger a séjourné au moins pendant ce temps dans l'oreille, sans provoquer de troubles d'ailleurs.

III. — Deux calculs du canal de Wharton

Le premier a été expulsé spontanément chez un homme d'environ 27 ans.

Le second siégeait profondément dans le canal de Wharton gauche chez une femme d'environ 30 ans. Elle m'avait été adressée par un confrère qui avait fait rapidement le diagnostic d'abcès de la glande sous-maxillaire. Celle-ci était en effet fortement tuméfiée et légèrement sensible à la pression. L'examen du plancher de la bouche, montra à gauche sous la langue, un fort gonflement de la muqueuse en forme de cône surmonté à son sommet de l'ouverture du canal de Wharton d'où sortait un peu de pus. L'introduction d'une fine sonde en argent fit découvrir à environ 3 ou 4 centimètres de profondeur quelque chose de dur contre lequel elle venait buter. Ce ne pouvait être qu'un calcul salivaire. Après cocaïnisation le canal fut incisé sur une sonde cannelée jusqu'à une profondeur d'environ 3 centimètres et alors je pus voir la surface blanc-argileuse du calcul. J'eus cependant grande difficulté à le saisir avec une longue pince à mors ; elle glissait ou se laissait refouler en arrière, Ce n'est qu'après avoir fait plusieurs incisions pour le libérer, que je parvins à le saisir et à l'extraire. Mais la compression de la glande fit sourdre un flot de pus et le gonflement sous-maxillaire disparut de suite. Il y avait donc rétention de pus et de salive et dilatation de la glande. Le malade revint au bout d'une quinzaine de jours. L'incision s'était cicatrisée, mais aussi la petite ouverture du canal s'était fermée, et comme conséquence il y eut stagnation de salive et production d'un

grand kyste salivaire sous-lingual. Un coup de ciseaux suffit pour l'ouvrir et évacuer la salive et l'introduction d'un petit drain permit l'épidermisation de l'ouverture. Tout rentra alors dans l'ordre.

Discussion

M.. Mahu. — J'ai eu l'occasion de rencontrer plusieurs cas de calculs de canal de Wharton parmi lesquels trois tout récemment.

Les deux premiers furent trouvés, comme ceux de M. Kœing, dans le canal lui-même ; le dernier au contraire s'était développé à l'orifice buccal de ce canal et avait pris une forme étoilée.

A ce propos, je désire attirer l'attention sur les deux points suivants :

1° Au point de vue du diagnostic à distance, le gonflement *intermittent* de la glande sous-maxilliaire, surtout au moment des repas et en particulier après l'ingestion d'aliments sucrés ;

2° Au point de vue du traitement (après l'extraction du calcul), le canal restant assez souvent rétréci, j'ai appliqué avec avantage un procédé que je n'avais pas encore vu appliqué ailleurs, à savoir, le cathétérisme du canal de Wharton au moyen de stylets de diamètres de plus en plus gros, en commençant par un stylet d'oreille en argent.

M. Paul Laurens. — Etude anatomo-pathologique et clinique d'un cas de labyrinthite suppurée

---

L'étude clinique des suppurations du labyrinthe a fait, en quelques années, les progrès remarquables que vous connaissez. Cette marche progressive nous paraît, aujourd'hui, entravée par la pénurie de documents histologiques, anatomo-pathologiques. Comment, en effet, sans leur secours, établir une classification précise, fixer la symptomatologie,

comprendre la valeur de chaque symptôme et pénétrer, enfin, la pathogénie de ces inflammations labyrinthique et des lésions méningées auxquelles elles servent d'étape.

Ayant eu l'occasion d'étudier cliniquement, puis au point de vue histologique, un cas de labyrinthite suppurée, j'ai tenu à le rapporter ici.

Dans ce cas les lésions localisées d'abord au niveau du canal semi-circulaire externe, ont envahi brusquement le labyrinthe tout entier, puis les méninges. Ce que la clinique nous montrait, le microscope nous l'a expliqué ; nous avons pu comprendre la valeur de certains signes ; présumer la voie suivie par le procédé infectieux ; constater le mode réactionnel du tissu osseux labyrinthique à l'égard de l'infection. Pour éclairer ce point seul, cette observation présente un certain intérêt puisque, dans la séance de la Société autrichienne d'otologie de novembre 1904, Prey présentait, dans ce but, un cas analogue, comme étant absolument unique.

Voici notre observation. Il s'agit d'une femme de 22 ans Legr... Léonie, qui entre le 30 mai 1903 dans le service de notre maître Lermoyez pour une otorrhée gauche avec céphalée, vertiges.

Cette suppuration de l'oreille gauche qui date de l'enfance, n'a jamais cessé, ne s'est pas améliorée. Depuis un mois (avril 1903) la malade accuse : 1° Une céphalée très violente, continue, localisée à la moitié gauche de la tête ; 2° Des vertiges, gênant la marche et s'accompagnant parfois de vomissements sans efforts.

L'examen de l'oreille gauche nous donne les renseignements suivants : écoulement abondant de pus fétide, par le conduit ; présence d'un gros polype venant de l'altique et empêchant l'examen de la caisse. Il est enlevé. On constate alors que la tête des osselets persiste, qu'il existe un point d'ostéite au niveau de la paroi postérieure de la caisse. Enfin le lavage avec la canule d'Hartmann ramène des débris de cholestéatome.

La *Mastoïde* gauche est normale.

L'oreille droite est saine.

L'audition : est normale à droite, mais du côté de l'oreille gauche :

VH = 1 m.
VB = 0.20.
Montre air = 0.30.
Montre os = perçue.
Weber = (latéralisé à droite).
Rinne = positif.
Diapason mastoïde = diminué.

Pas de trous dans l'échelle des sons perçus.

Troubles oculaires : nystagmus horizontal, apparaissant lorsque le regard se fixe à droite, c'est-à-dire du côté sain. — Pupilles : égales, réagissant à la lumière. — Fond d'œil : normal.

Troubles statiques : vertige intense, apparaissant au moindre mouvement, exagéré par les mouvements de latéralité de la tête. Les objets tournent sur un plan horizontal et la tête se porte à gauche, du côté malade. Le signe de Romberg existe.

Du 30 mai au 5 juin : le repos au lit calme les vertiges. La température oscille entre 37°6 et 38°9.

Le 5 juin : Evidement pétro-mastoïdien. La corticale est épaissie, éburnée. L'antre est transformé en une vaste cavité pleine d'un magma caséeux, fétide et tapissée d'une membrane de cholestéatome. Ouverture de l'aditus. Curettage soigneux de l'antre et de la caisse. On aperçoit, sur la *paroi interne de l'aditus, une exostose semi-hémisphérique, lisse, du volume d'un petit grain de chenevis.* Pas de fistule.

La ponction lombaire faite immédiatement après l'opération montre un liquide clair dans lequel le microscope décèle cependant quelques rares polynucléaires.

6 juin : La céphalalgie a disparu ; le nystagmus persiste, la température est à 39°4 le matin.

7 juin : La céphalalgie reparaît, très intense, intolérable. Le *nystagmus horizontal se manifeste dans toutes les positions du regard.* Le vertige existe même quand la malade est couchée, « tout tourne ». L'agitation est extrême et nous

empêche de reprendre l'audition. La raideur des membres, puis le Kernig apparaît. La température est à 39°6 et le pouls à 130.

Mort dans la nuit.

Autopsie nous montre, du côté des méninges, des lésions de méningite siégeant dans l'étage postérieur. Elles sont localisées à la face endocranienne postérieure du rocher gauche et s'y présentent sous l'aspect d'une nappe fibrino-purulente, épaisse, adhérente, entourant le trou auditif interne, et s'étendant sur la face inférieure de la tente du cervelet dont les veines sont thrombosées. Rien à droite.

La paroi du sinus latéral est épaissie ; le cerveau est très congestionné à gauche, au niveau du lobe temporal ; la face supérieure du cervelet est verdâtre et ramollie. Les coupes seriées du bulbe ne nous ont montré, par la suite, aucune altération des noyaux dorsaux.

Le rocher gauche attire particulièrement notre attention. Nous retrouvons, sur la paroi interne de l'aditus, l'exostose constatée au cours de l'opération. Elle a bien le volume que nous lui avons assigné : celui d'un petit grain de chenevis. Elle est semi-hémisphérique, lisse, dure, osteo-fibreuse. Elle est exactement située sur le trajet du canal semi-circulaire horizontal, au sommet de la courbe de ce dernier. Il n'existe pas de fistule à son voisinage.

La décalcification à l'acide nitrique, hâtée par un procédé sur lequel nous reviendrons, détruit en partie cette exostose et établit la communication fistulaire entre le canal et l'aditus, que l'on constate sur les coupes.

Les coupes sont faites d'après un plan perpendiculaire à l'aditus. Elles sont traitées par l'hématéine-éosine et l'hématéine Van-Gierson. Elles montrent de profondes altérations du canal semi-circulaire externe. Sa cavité ovalaire est très agrandie. Une large ouverture correspond au point où existait l'exostose. Les contours en sont très minces. La paroi est irrégulière, anfractueuse, des canaux de Havers viennent y déboucher directement par endroits et on voit se détacher des lames osseuses, d'épaisseur variable, prêtes à sombrer dans la cavité. Parfois elles sont recouvertes d'une sorte de tissu fibrino-purulent qui flotte, ça et là, librement. En un

point, l'inflammation a gagné profondément le tissu osseux; il s'est formé, là, une sorte de petit abcès en communication directe avec les canaux de Havers. Dans la cavité elle-même, près de l'orifice fistulaire et formant bouchon, on trouve deux petites esquilles osseuses rattachées à la paroi par un tissu fibrineux épaissi. Ces deux esquilles sont les vestiges de l'exostose qui faisait saillie, non seulement du côté de l'aditus, mais aussi dans la lumière du canal horizontal. Ces deux esquilles sont représentées par deux blocs d'une substance osseuse altérée, formée d'un système de lamelles osseuses disposées radiairement à un orifice central. Elles ont perdu toute connexion avec les vaisseaux. Il s'agit donc d'un tissu de néoformation qui a été nécrosé et détaché par le processus inflammatoire.

Le canal membraneux est détruit.

Les autres canaux ne présentent pas d'altération de leur paroi osseuse, mais il existe dans les espaces périlymphatiques et endolymphatiques une invasion de leucocytes. Il en est de même pour le vestibule.

Quels enseignements devons-nous tirer de ces faits ?

I. — Pour la physiologie du labyrinthe et en particulier celle du canal semi-circulaire externe, cette observation nous fournit des résultats aussi précis qu'une expérience.

1° Les troubles statiques, constatés cliniquement, (vertiges, chute du corps à gauche) sont expliqués par la présence de cette néoformation osseuse au niveau du canal semi-circulaire et aussi par la destruction de la paroi membraneuse de ce dernier. On peut en conclure que : Les troubles statiques surviennent donc, non seulement quand la paroi d'un canal membraneux est irritée, mais aussi quand elle est détruite et que tout dépend des propagations irritatives qui se font du côté des ampoules.

2° Les troubles oculo-moteurs trouvent ici une explication précise et une base anatomique. Le nystagmus est horizontal et ne se produit, d'abord, qu'au moment où le regard est porté du côté sain. Il est déterminé, sans aucun doute, par la lésion du canal semi-circulaire externe. C'est en somme une confirmation des expériences de Cyon. Puis, au

fur et à mesure que l'inflammation se généralise aux autres canaux et au vestibule, on constate des modifications dans le nystagmus. Au lieu de se manifester uniquement, quand l'œil est fixé du côté sain, il se produit dans toutes les positions de l'œil où le regard se fixe. Et n'avons-nous pas ici la preuve anatomique suffisante de ces modifications des phénomènes nystagmiformes que Brieger décrivait en 1904 et qui peuvent faire prévoir la marche progressive et envahissante, la diffusion des lésions labyrinthiques.

3° Les troubles pupillaires n'existaient pas dans ce cas, bien que, dans ses expériences, Cyon ait noté l'influence de l'irritation des canaux semi-circulaires sur le diamètre de la pupille. Faut-il expliquer, ici, cette absence de troubles pupillaires par la destruction du canal membraneux ?

II. — Au point de vue clinique, après avoir rappelé l'importance que prennent, comme nous l'avons vu, les variations dans la marche des phénomènes nystagmiformes, nous devons retenir notre attention sur la modification de la perception osseuse. Chez notre malade, la perception du diapason par la mastoïde malade est nettement diminuée, le Weber est latéralisé du côté sain, le Rinne est positif du côté malade. C'est la confirmation de ce qu'enseigne notre maître Lermoyez à savoir que dans les cas de suppuration otiques s'accompagnant de phénomènes généraux intenses, la diminution de la perception osseuse du coté malade nous fait prévoir que le labyrinthe est largement ouvert au processus infectieux et doit nous faire craindre, à brève échéance, des accidents méningitiques.

III. — La thérapeutique, en face d'un cas semblable, devait-elle se borner à l'évidement ou devait-on, après avoir constaté l'exostose existant sur le trajet du canal semi-circulaire, trépaner immédiatement le labyrinthe ? C'est une question difficile à trancher. Si un trajet fistuleux avait existé, créant une communication évidente, entre le canal et l'aditus, il aurait été permis d'agir immédiatement sur le labyrinthe. Mais en l'absence de fistule, le labyrinthe bien que malade, paraissait avoir établi une barrière entre lui et le foyer infectieux. Il a paru sage d'agir d'abord sur ce foyer

en curettant minutieusement et en drainant la cavité et l'aditus, quitte à agir ensuite sur le labyrinthe.

C'est la conduite que Ives, dans sa thèse (Bordeaux 1904) préconise en ces termes : « Lorsque la capsule labyrinthique « est déjà nécrosée à la surface et couverte de fongosités, « mais que l'on suspecte l'organisation d'un processus de « défense on évitera de rompre cette digue et on se bornera « à l'application d'un traitement superficiel ». Cette manière de procéder n'a pas eu, dans notre cas, de résultat heureux. L'ouverture large du labyrinthe aurait-elle entravé la marche de l'infection ? Nous laisserons à d'autres le soin de se prononcer sur un point aussi délicat, puisque Brieger lui-même est d'avis qu'il convient d'attendre les résultats d'une expérience plus étendue pour émettre une opinion à ce sujet.

IV. — En terminant, il est permis de se demander si l'observation que nous venons d'étudier un peu longuement, jette quelque éclaircissement sur la pathogénie des suppurations du labyrinthe et de la méningite qui en a été l'étape ultime ? Peut-on présumer la voie suivie par le processus infectieux dans sa marche rapide ? A-t-il atteint les méninges par la voie périlymphatique ou par la voie endolymphatique ? Il nous semble que, tant que les lésions ont été localisées aux espaces périlymphatiques du canal semi-circulaire externe, les réactions de défense de l'organisme ont pu s'exercer efficacement (néoformation osseuse) et l'affection s'est réduite à une périlabyrinthite localisée. Dès que le canal membraneux a été détruit, la cavité endolymphatique s'est trouvée ouverte à l'infection et nous avons assisté alors à sa généralisation (leucocytes dans le vestibule). En un mot à la périlabyrinthite localisée a succédé une endolabyrinthite généralisée, puis une méningite.



SÉANCE DU 1er JUIN 1906

(Clinique des Drs Boulay et Le Marc'Hadour).

Présents : MM. Luc, G. Disdsbury, G. Gellé, Mounier, G. Laurens, Bruder. Le Marc'Hadour, Boulay, Mahu, Lubet-Barbon, Fournié, Kœnig, Heckel, Furet, Weismann, Castex.

Présentation de malades

M. BOULAY. — Jeune fille de dix-sept ans atteinte de suppuration de l'oreille gauche depuis l'âge de 3 ans. Cette suppuration s'est déclarée en même temps qu'une coxalgie gauche, aujourd'hui guérie, si bien qu'on peut supposer que la lésion auriculaire est de nature tuberculeuse.

Après avoir été soignée par divers confrères, cette jeune fille est venue me trouver il y a deux mois : Elle présentait un fond d'oreille fongueux, saignant au moindre contact, très sensible à l'exploration au stylet; plus de membrane tympanique; pas trace apparente des osselets. Je nettoie le fond de l'oreille très prudemment à la curette et, à deux ou trois reprises, je touche les granulations avec une perle de nitrate d'argent.

Quinze jours après le début de ce traitement, la malade me revient avec une paralysie faciale complète, je fais un évidement, mais je cherche en vain une déhiscence du canal facial ou un point d'ostéite de la paroi susceptible d'expliquer la paralysie.

Depuis cette époque (cinq semaines) la plaie opératoire s'est comportée normalement mais il y a eu persistance de la paralysie faciale, qui s'est pourtant légèrement atténuée.

Ma conduite a-t-elle été correcte ? Aurais-je dû, ne trouvant pas de lésions apparentes du canal facial, ouvrir ce canal ? dois-je le faire maintenant ? Ou bien n'est-il pas préférable d'attendre une amélioration spontanée ou aidée par l'électrisation, quitte à proposer plus tard à la malade, si cette amélioration ne survient pas, une anastomose du facial avec le spinal ou hypoglosse.

Discussion

M. Furet — On a exagéré les inconvénients de l'anastomose spino-faciale. Toutefois je déclare que je lui préfère de beaucoup l'hypoglosso-faciale, malgré la difficulté plus grande de la technique opératoire.

M. Heckel. — Hémorrhagie amygdalienne grave, chez un adulte au cours d'un morcellement avec la pince de Ruault

Je vous présente un cas instructif de complication de morcellement d'amygdale, et à voir aujourd'hui la mine excellente de mon client, vous devez estimer qu'il n'a pas gardé un souvenir par trop mauvais de la désagréable aventure arrivée à lui et.... à moi.

M. X..., que nous devons remercier d'avoir bien voulu se déranger de ses occupations pour se montrer aujourd'hui à vous, est un homme de trente ans, bien constitué d'apparence ; du moins si ce jugement était porté par une personne étrangère à la profession médicale.

Cependant derrière sa pléthore apparente, derrière son embonpoint, et son facies frais et réjoui, un médecin doit savoir reconnaître l'obésité floride à son début et doit procéder à un examen attentif sans se laisser impressionner par les protes-

tations candides et étonnées d'un homme qui se tient pour bien portant. —Vous allez voir que ce n'est point un besogne inutile.

Dépouillé de tout vêtement M. X.... est en effet l'obèse typique avec tous les inconvénients de cette infirmité; jambes et bras musculairement insuffisants, abdomen proéminent et recouvert d'une couche de graisse qui peut atteindre au-dessous de l'ombilic 10 à 12 centimètres. — Remarquez qu'habillé son abdomen est à peine ébauché, et que cette obésité très marquée est dans cet état à peine apparente ;— De plus en dehors même de ce développement adipeux, le ventre est ballonné et tendu, comme tympanique, indice des fermentations intestinales de la surcharge graisseuse de l'épiploon, comme aussi de l'hypertension portale.

Cette constation me poussa à examiner son foie que je trouvais très gros déformant les fausses côtes de 4 à 5 travers de doigts, douloureux à la pression.

Vous pourrez vous demander, en tant que laryngologistes, pourquoi je m'arrête à ces constatations médicales qui ne paraissent pas avoir grand intérêt pour les spécialistes. Ce n'est point en effet des soins de médecine générale que M. X... était venu me demander, mais bien de vouloir le guérir d'une *pharyngite* extrêmement pénible et d'*abcès amygdalien à rechutes*.

Aussitôt que j'eus examiné les régions indiquées par le patient comme étant malade, je trouvai une telle hypertrophie amydalienne, une rougeur si marquée de tout le pharynx que je me rabattis aussitôt sur l'examen général pour en trouver une explication satisfaisante. Je vous avoue que dès le premier coup d'œil, et avec la difficulté que le malade mettait à laisser toucher sa gorge, qui se cabrait sous l'abaisse-langue produisant des réflexes nauseux intenses, je songeais à l'alcoolisme chronique.

M. X... est coulissier à la Bourse, il jouit d'une considération professionnelle excellente, c'est un bourgeois tranquille et pondéré, mais il est atteint, sans s'en douter, d'alcoolisme professionnel, cet alcoolisme que l'on n'a étudié sous le nom d'*alcoolisme inconscient* de la bourgeoisie.

Pour faire des affaires, il consomme quelques apéritifs

quotidiens dans les bars qui environnent le Palais de la Bourse et pour se donner l'énergie nécessaire à la dépense verbale qu'il faut faire dans cette profession, il croit nécessaire de consommer à table sa demi bouteille, suivie après le café de son petit verre de fine. Oh ! cela il nous le concède, mais delà à être alcoolique, dit-il, il y a un grand pas, et du reste il ne s'est jamais mis en état d'ivresse. Avec son entraînement il n'est pas douteux que cela lui soit bien difficile.

Mon client, du reste, lorsqu'on l'interroge, affirme qu'il se porte bien, et il est étonné de me voir accorder un très grand intérêt à son mauvais sommeil semé de cauchemars, à son absolu défaut d'appétit, à son tremblement si léger des mains qui disparaît, après les repas, et surtout à sa toux matinale, suivie de vomissements, à deux crises antérieures de jaunisse et à une furonculose à répétition. De plus il a déjà eu des crises diarrhéiques, compagnes évidentes de son hépatite congestive, et il n'est pas douteux que l'on doive penser qu'avec cette obésité, ce mauvais état du foie, une hérédité directe de diabète, M. X.... ne soit lui-même un candidat et au diabète et aux accidents alcooliques graves, notamment le *délirium tremens* qui est si fréquents chez les alcooliques à foie insuffisant.

Dans ces conditions, le traitement qu'indiquait l'état du pharynx, c'est-à-dire ablation d'amygdales infectées par des lacunes nombreuses et sécrétantes, me paraissait devoir être remis à une période ultérieure et après que mon client aurait bien voulu suivre un régime de sobriété, après surtout que son foie serait revenu à un volume normal. Je lui fis comprendre qu'il y avait un danger très sérieux d'hémorrhagie à lui faire une intervention quelconque sur des amygdales pareillement congestives, dans un pharynx surchargé de veines et d'artérioles visibles, que du reste, les alcooliques et les malades du foie faisaient des hémorrhagies très facilement par suite d'altération du sang.

Mon client parut me comprendre, s'engagea à cesser tout usage de vin ou d'alcool ; accepta mon régime sans viande pendant un mois, et dut se nourrir de lait, de purées féculentes, de potages au lait, de crèmes et d'œufs ; en même temps, je lui prescrivis un peu de calomel à faibles doses,

autant pour aider la décongestion de son foie que pour faire l'antisepsie de son intestin.

Quinze jours après, je revis mon malade, amélioré incontestablement, maigri du reste un peu, son foie revenu presque à son volume normal, l'abdomen moins tendu, le sommeil calme et son pharynx moins congestionné.

Dans ces conditions je crus pouvoir commencer le traitement local autant pour ne pas perdre de temps que pour encourager mon malade à persister dans ses bonnes dispositions de sobriété.

Il fallait du reste d'autant plus l'y engager que sa toute jeune femme ne me cachait pas qu'elle le voyait avec regret depuis son mariage s'enfoncer dans ses habitudes inconscientes d'intempérance, et qu'elle avait été déjà bien des fois inquiétée par sa volubilité et ses journées d'excitation, par ses colères violentes, par ses nuits agitées et ses réveils brusques avec hallucination d'incendie ; toutes choses qui sont, on le sait, les prémisses des crises de délirium.

Mon intervention fut, ce jour-là, très limitée, je commençai par l'amygdale gauche, et très prudemment à l'aide d'un *morceleur* de Ruault accrochant bien, je commençai à lui abattre les parties les plus proéminentes de cette amygdale. Tout se passa bien, il y eut ni moins ni plus de sang qu'il est d'habitude d'en voir dans ce genre d'intervention, et je renvoyai mon malade enchanté, à huit jours, en lui recommandant de soigner toujours son état général.

La seconde intervention se fit sur l'amygdale droite ; je trouvai bien un peu plus de rougeur que précédemment, mais le malade m'ayant affirmé (ce qui était faux) qu'il continuait à ne plus boire, je fis mon morcellement, du reste très modérément, en surface, et me contentai de trois ou quatre prises. Il était cinq heures du soir ; comme il y avait un peu de sang, je fis attendre (après attouchement à l'eau oxygénée), mon client pendant quelques minutes, puis tout étant dans l'ordre je le renvoyai chez lui.

A huit heures du soir, je reçus un coup de téléphone de sa femme, me disant qu'il saignait et crachait du sang, qu'il avait même rendu des caillots. Assez surpris, je demandai à sa femme s'il avait bien suivi son régime, elle me confia que

depuis huit jours il rebuvait, et que ce soir même en sortant de chez moi, il était aller prendre avec des amis deux absinthes oxygénées, pour cautériser sa gorge.

Je conseillai de lui faire sucer des fragments de glace, et en cas de persistance de l'hémorrhagie, de venir aussitôt chez moi.

Un quart d'heure après, je le recevais dans mon cabinet accompagné de sa femme, saignant en effet de la gorge, mais avec un bon pouls et un bon état général.

Je me rendis compte aussitôt par l'examen rendu très difficile au milieu du sang et de la salive, avec de réflexes nauséeux intenses, qu'entre la face postérieure du pilier antérieur droit et l'amygdale, se faisait un écoulement continu de sang vermeil. En écartant le pilier et en repoussant l'amygdale très grosse encore et par conséquent pas du tout cachée dans la loge, un jet artériel à battements synchrones au pouls, de la grosseur de deux millimètres environ vint me fixer sur la nature de l'hémorrhagie. Il était évident que j'avais dû couper la crosse d'une artère qui se recourbait sous le cortex amygdalien pour retourner ensuite vers le pilier artère devenu volumineuse par suite de la répétition d'inflammations chroniques, et par l'état d'hypernutrition cellulaire et de congestion de ce pharynx alcoolique.

Je cherchai donc par tous les moyens : cautérisation du vaisseau avec pointe de cautère, eau oxygénée, perchlorure, compression avec pinces hémostatiques, etc. à obtenir ou un caillot chimique, ou un caillot mécanique.

J'échouai complètement par suite de la mobilité du pharynx, hyperexcité du malade, hyperexcitation habituelle d'abord chez tous les éthyliques, et ensuite en ce moment augmentée par la peur et la vue du sang. Du reste des vomissements tumultueux apparaissaient de plus en plus fréquents et l'abondance du sang et des caillots n'étaient pas faits pour tranquilliser le patient qui commençait à faiblir visiblement, tandis que sa jeune femme terrorisée, m'accablait de questions et de lamentations.

A partir d'un certain moment il me fut impossible de faire ouvrir la bouche au malade, sans qu'immédiatement il vomit, les efforts de vomissements nuisaient à la consolidation

de petits caillots que j'obtins cependant malgré ces difficultés, quatre fois, avec tarissement complet qui durait jusqu'à dix minutes.

Je ne perdis cependant pas courage, dans cette situation difficile, à une heure avancée de la nuit, car il était près de minuit et mes tentatives duraient depuis 8 heures 1/2 du soir. Le pouls faiblissait nettement, le malade pâlissait visiblement, et c'était avec une secrète joie que je voyais s'annoncer la syncope qui est, on le sait, un des meilleurs moyens d'hémostase. Mon malade, du reste, commençait à pousser ses grands soupirs, il se sentait pris d'envie de défécation, et c'est pendant qu'il satisfaisait à une diarrhée subite que sa femme, qui le soutenait dans le water-closet se mit à crier qu'il était mort, et à pousser des hurlements qui ameutèrent l'immeuble. J'allongeai alors ce malheureux garçon, je lui fis une injection sous-cutanée d'ergotine, l'hémorrhagie se tarit définitivement, et la lipothymie ayant duré trente ou quarante secondes avec un état de défaillance consécutif de cinq minutes, elle ne reparut plus.

Entre temps et de crainte de rechûte, je fis appeler un de nos collègues qui habite près de chez moi, mon ami le docteur Boulay, pour m'aider à faire une suture des piliers si cela était devenu nécessaire. Mais à une heure du matin tout était resté normal, je ramenai le malheureux malade chez lui en voiture.

Les suites de cet accident furent normales. Le malade éprouva au point de vue général un très grand bien-être de sa saignée. Sera-t-il corrigé de ses habitudes d'intempérance, je veux bien le croire ; mais quant à moi je déclinai le périlleux honneur de continuer à le soigner.

Il est bien évident qu'on peut reprocher à cette observation, au point de vue de la non-innocuité du morceleur de Ruault, qu'elle a été prise sur un malade présentant une incontestable prédisposition à l'hémorrhagie. Il n'en reste pas moins cependant qu'il ne s'agissait pas en l'espèce d'une hémorrhagie capillaire en nappe, mais bien d'une section artérielle par l'instrument.

Que ce soit une artère anormale comme siège, que ce soit

une artère anormale par le volume, il n'en reste pas moins que le prétendu mécanisme d'écrasement de la lumière du vaisseau par cette pince spéciale, ne s'est pas produit et que son emploi n'a apporté aucune sécurité. Et qu'on ne vienne pas me servir ici l'éternel argument : votre pince ne fonctionnait pas. Ma pince remplissait les conditions demandées par son auteur lui-même, elle ne tranchait pas, elle accrochait, elle accroche encore, avec son petit temps d'arrêt, signe d'innocuité. La voici du reste, vous pouvez constater qu'elle est normale.

Je profite de cette occasion, pour vous donner mon sentiment sur cette question d'amydalotomie et d'instruments à employer. Je crois que le danger d'hémorrhagie au cours de cette intervention persiste avec toutes les méthodes, sauf peut être l'anse chaude. Je dis peut-être, parce que je ne crois pas à l'hémostase par le fil rouge cerise, d'une artère de gros calibre, si par hasard il s'en trouvait sur sa route.

Le danger de cette intervention réside dans l'existence possible d'une anomalie artérielle, de siège ou de volume. Il est certain toutefois que si j'avais abattu cette grosse amygdale à la guillotine, j'aurai eu une hémorrhagie formidable car j'aurais sectionné mon artère plus près de son origine, c'est-à-dire en un point où son calibre eut été plus important.

Il y a bien longtemps, que théoriquement je me doutais que le morceleur n'écrasait pas à la façon d'un angiotribe les gros vaisseaux, et cela se conçoit très bien ; qu'il accroche ou n'accroche pas il est bien trop coupant par rapport à la faible résistance des petits artères pour les laminer avant de les couper. Je ne me déclare pas, cependant, adversaire de cet instrument et je le crois moins dangereux qu'un autre parce que on peut jamais enlever d'un seul coup de très gros morceaux et quelques fois on a intérêt à procéder à une décortication amygdalienne.

La sécurité apparente de cet instrument tient à ce que peu de spécialistes l'emploient comme on devrait le faire, c'est-à-dire de grande taille et en écrasant l'amygdale de haut en bas, de pôle à pôle. Là, si on avait une anomalie artérielle, je suis sûr qu'on aurait une hémorrhagie. En

somme, je reproche à cet instrument d'agir encore trop comme des ciseaux. Enfin il faut bien avouer que ces anomalies et ces risques d'hémorrhagie sont exceptionnels.

Et cela est fort heureux car étant donné une hémorrhagie sérieuse, on sait pourquoi elle peut devenir redoutable; il suffit de se reporter aux conditions cliniques vraies de ces accidents, pour se rendre compte des difficultés matérielles qu'on rencontre.

L'amygdale, fuit inconsistante devant la pince; le tissu amygdalien est friable il céde sous le poids des hémostatiques. La compression est illusoire pour une grosse artère enfoncée dans la gangue adénoïde.

Restent en dernière analyse, la suture des piliers et la ligature de la carotide. Je ne discuterai pas la seconde, qui est une opération d'hôpital. La première je n'ai pas eu l'occasion de la faire sur le vivant; mais à priori elle ne donne pas une profonde impression de sécurité. Outre la difficulté considérable qu'elle peut présenter dans un cas analogue au mien, surtout si la loge amygdalienne n'est pas entièrement vidée de façon à pouvoir recevoir un tampon de gaze ou autre, est-elle vraiment à conseiller en clientèle ?

En somme, faire avant une amygdalatomie, un examen complet de son malade, et pour cela ne se fier qu'à soi et non pas à l'examen du médecin général, quelquefois négligeant parce n'encourant aucune responsabilité, opérer, chez l'adulte à la pince, petite, prudente, par séances répétées. Si on a des méfiances, soumettre le malade à un régime préparatoire convenable; deux à trois grammes de chlorure de calcium par jour, les jours précédant l'opération, suivant la méthode de Toubert et surtout essayer de réduire préalablement ces amygdales énormes des adultes à l'aide de la galvano-cautérisation répétée des cryptes, qui donne des résultats inespérés, quand elle est bien faite, c'est-à-dire quand on ne laisse aucune crypte sans cautérisation et surtout quand la pointe de cautère va bien au fond de chacune sans laisser d'espace mort profond qui peuvent devenir l'origine d'une cavité close.

Discussion

M. G. Gellé. — J'ai observé il y a quelque temps une hemorrhagie amygdalienne à la suite dn morcellement d'une amygdale avec la pince de Ruault chez un adulte de 25 ans environ.

Le malade, opéré de l'autre amygdale au régiment, avait eu également une hémorrhagie. Il se produisit un peti jet d'artériole qui donna beaucoup et longtemps, et l'hémorrhagie fut enfin arrêtée par une pointe de galvano au rouge sombre. Pas de récidive.

Il y a des cas où le développement des artérioles amygdaliennes et la nature de leur paroi rendent les hemorrhagies fatales quelque soit le morceleur employé.

M. Heckel. — Sinusite maxillaire ignorée, source d'infections pulmonaires simulant la tuberculose

La malade que je vous montre aujourd'hui souffrait depuis de nombreuses années d'un état d'infection chronique des bronches et des lobules pulmonaires, avec poussées aigües de bronchite ou de broncho-pneumonie. Pendant six années les médecins généraux qui la virent portèrent les diagnostics de bronchites, de broncho-pneumonie, grippales et plus tard enfin devant la persistance de ce processus, devant l'état général pécaire, ils songèrent aussi à la tuberculose.

Ma cliente, qui n'est pas sans connaissances médicales, puisqu'elle est accoucheuse, avait cependant, mais du reste vainement, songé à faire remarquer que toutes ses poussées aigües lui semblaient bien avoir un point de départ nasal : que c'était bien par une sorte de coryza avec mouchage et obstruction que les débuts des bronchites et des grippes semblaient se faire. Tout cela ne fut considéré que comme accessoires et malgré les potions, les tisanes, les injections de cocadylates et de créosotes divers, aucune amélioration sérieuse ne se produisit, pendant ce long laps de temps.

En l'espace de six ans, le bilan se soldait par plus de douze bronchites, plus ou moins sérieuses, un nombre incalculable de coryzas et trois broncho-pneumonies, dont une faillit être mortelle et laissa la malade dans un si grand état de faiblesse que le diagnostic de tuberculose devenait vraisemblable.

On se rendra compte bien facilement que si cette maladie devait retentir facilement sur la santé organique de ma cliente, elle devait être plus néfaste encore pour l'exercice de sa profession et pour sa clientèle, qu'elle a dû pendant ce temps quitter et reprendre bien des fois.

Dans la septième année de sa maladie, elle rencontra un confrère qui moins pressé ou plus attentif écouta avec quelque intéret le long historique de son passé pathologique, qu'elle lui faisait à lui pour la première fois, mais qu'elle récitait mieux qu'un évangile, par habitude. Après s'être convaincu par un examen sérieux du poumon, qu'il ne paraissait pas se cacher dans les sommets de foyer causal de ces incendies pulmonaires, ce confrère pensa à toutes les lésions pulmonaires secondaires possibles. Il chercha du côté du rein, songeant à une petite urémie chronique, il chercha du côté des organes génitaux et des ligaments larges, un foyer purulent chronique cause de septicénie, il chercha à l'appendice, au foie, et enfin de compte n'y trouvant rien, il songea aux fosses nasales, et crut que ces coryzas à répétition pouvaient bien avoir quelque influence, en cette singulière affaire.

Je la reçus donc de ses mains parfaitement documenté et éclairé sur le passé pathologique de la malade, sur les hésitations du médecin. Je refis pour mon édification personnelle tout ce travail de diagnostic, qu'il avait bien voulu faire, mais je le refis en sens inverse et de la même façon, que je suis convaincu qu'à propos d'un rein infecté, il faut d'abord chercher dans la vessie et dans l'urèthre,parce qu'ils en sont les tributaires immédiats, la cause première de l'infection ascendante, de même je suis bien convaincu comme vous tous, que le poumon infecté l'est bien souvent par l'appareil aérien supérieur. Mais cette réflexion si simple et cette comparaison ne sont pas acceptées encore dans les milieux

médicaux, et le même médecin qui admet l'infection ascendante de l'utérus ou du rein, ne peut pas s'habituer à concevoir l'infection descendante plus facile, du nez au poumon.

Le diagnostic dans le cas que je vous rapporte ne présentait aucune difficulté. Je trouvai aussitôt une fosse nasale gauche anormale : Cornets hypertrophiés et macérés, méats emplis de secrétion muco-pulurente. L'éclairage des sinus me montra toute cette symptomatologie objective que vous connaissez bien : obscurité du sinus maxillaire, de la pupille et de la région sous-orbitaire, cacosmie subjective intermittente, poussées d'obstruction nasale avec douleurs dans la pommette, indice de coliques sinusiennes, mèches de mucosités purulentes dans la choane et sur le voile, queue de cornet du même côté, catarrhe tubaire etc.

Une ponction à la fois exploratrice et évacuatrice confirma le diagnostic de sinusite.

Le lavage fut facile, le sinus se vidait bien, ne paraissait pas de grand volume, si on se fiait à la petite quantité de secrétion entrainés par l'eau de lavage, (signe de Mahu). Les autres sinus furent trouvés sains, le pharynx, les amygdales, le larynx et la trachée rouges et atteints de catarrhe chronique.

Le traitement proposé fut le suivant : asepsie des fosses nasales à obtenir par usage de pommade antiseptique, et lavages répétées du sinus maxillaire.

Je ne cachai pas à ma cliente qu'étant donnée l'ancienneté de la lésion, et bien qu'il n'y eu pas d'origine dentaire probable il était vraisemblable que la guérison ne pourrait être due qu'à une intervention chirurgicale; et je lui fis entendre que l'opération de Caldvell-Luc me paraissait indiquée si après 12 à 15 lavages il était démontré qu'on n'avait aucune amélioration.

La malade heureuse de connaître la cause première de tous ses maux et la manière d'être débarrassée de ses infections pulmonaires accepta ce programme sans le discuter malgré le petit effroi causé par le mot d'opération.

Je continuai donc, sans grande conviction à lui faire des lavages tri-hebdomadaire de son sinus, avec un peu d'eau tiède au phénosalyl, et je me préparais déjà à lui ouvrir d'un

moment à l'autre son sinus par la voie canine, lorsqu'à ma grande surprise, les lavages commencèrent à ramener de l'eau de plus en plus claire, et si bien que vers le dixième tout paraissait redevenir normal.

Je ne m'y fiai qu'à moitié et la laissai quelque temps sans traitement pensant qu'une suppuration minime me montrerait la persistance d'une petite lésion chronique.

Je fus bien obligé de constater que mes prévisions étaient pessimistes, et aujourd'hui je vous présente une malade qui n'a plus reçu d'autres soins depuis déjà deux années. La guérison s'est maintenue parfaitement ; aucune bronchite, aucune broncho-pneumonie pendant ces deux années ; mais au contraire la disparition de la toux chronique, du coryza, et un engraissemont manifeste de près de dix kilos.

La malade dit volontiers à qui veut l'entendre que le bon Dieu et moi, nous ne faisons qu'un. Ce n'est pas seulement par modestie, je vous l'affirme, que je n'en crois rien.

De cette observation que je vous ai dite en insistant peut-être un peu sur son côté curieux, il faut tirer les quelques conclusions sérieuses que voici :

1° En présence d'un état d'infection trachéo-bronchique, et pulmonaire d'une certaine durée et sans cause explicable, le médecin doit songer à une cause possible cachée dans le nez, le sinus, le cavum, les amygdales, le pharynx.

2° L'inexistence des symptômes cardinaux d'une sinusite ; écoulement constant de pus par le nez, cascomie constante, douleur, fièvre, n'est pas une raison suffisante pour éliminer systématiquement une lésion des régions dont il s'agit. Ces symptômes lorsqu'ils sont atténués doivent être recherchés; la sinusite notamment peut-être latente.

3° Le poumon et les bronches sont comme le rein des organes qui ne supportent pas sans protester une infection dont la cause est silencieusement existante dans un région voisine où se trouve tapie la lésion primitive.

4° Une sinusite chronique à rechutes, vieille de 6 ans peut guérir par lavages, et rapidement sans qu'il soit besoin de recourir à l'opération radicale; parce que même après un temps si long il peut y avoir absence de lésions ostéo-fongueuses.

5° Il est probable que des cas de bronchites chroniques et de broncho-pneumonies à rechutes sont causées par les maladies du nez, des sinus et de la gorge, — et probablement plus souvent qu'on ne le croit.

6° Après avoir examiné un poumon malade le médecin doit examiner ou faire examiner le nez, la gorge et les sinus de son client.

7° Après avoir constaté la présence d'une affection de ces régions, le spécialiste doit s'occuper de savoir comment se comportent les voies respiratoires inférieures : trachée, bronches et poumons qui, je le répète, font un tout avec les fosses nasales et le pharynx au point de vue pathologique.

Ainsi seraient évités aux malades les avatars pareils à ceux que je viens de vous raconter et qui ne sont pas absolument à l'honneur de la médecine de notre temps.

M. C. J. KŒNIG. — I. M. R., âgé d'une cinquantaine d'année se plaint d'avoir la voix rauque depuis plusieurs années, sa santé générale restant bonne. Pas d'hérédité tuberculeuse. L'examen du larynx montre des cordes vocales rougeâtres et la glotte présente à la phonation une fente fusiforme. A l'inspiration profonde, les cordes prennent une apparence flasque, comme œdémateuse, et semblent se récroqueviller dans leur partie postérieure sous forme de boule ou de bourrelet. D'aprés les apparences je crus d'abord qu'il s'agissait des bandes ventriculaires aspirées pendant l'inspiration. Un examen prolongé me permit plus tard d'affirmer qu'il s'agissait bien des cordes vocales. La région intéaryténoïdienne est un peu granuleuse mais il n'existe pas d'ulcération ni de tuberculose.

Le diagnostic a été : Laryngite chronique négligée causant une parésie ou une atrophie des muscles thyro-aryténoïdiens avec flaccité des cordes. Dans l'inspiration, tandis que les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs tendent bien à dilater la glotte, celle-ci est aspirée par la colonne d'air produisant cette apparence de bourrelet signalée plus haut.

Le traitement, qui consiste en repos de la voix, suppression du tabac et attouchements au nitrate d'argent à 10/100 une fois par semaine, a amené une amélioration. Les cordes sont moins rouges, moins flasques ; cette apparence de bour-

relet à l'inspiration est moins marquée et la voix est un peu plus timbrée. Le traitement ultérieur consistera en électrisation, massages vibratoires, strychine à l'intérieur et peut-être, hydrothérapie et arsenic.

II — Mme R..., agée de quarante ans environ, tuberculeuse chronique, vint me consulter pour un enrouement datant de quelque temps. L'examen du larynx montra un repli de la muqueuse de la fausse corde gauche cachant la moitié antérieure de la vraie corde du même côté et se dirigeant vers le côté opposé, cachant la commissure antérieure.

Pensant avoir affaire à une infiltration tuberculeuse, ayant produit cet espèce de polapsus du ventricule et considérant le mauvais état général de la malade, je m'attendais à voir apparaître à brève échéance une fonte de tissus et un ulcère consécutif.

La malade ne revint pas de Janvier en Mars car elle était entrée à l'hôpital Beaujon pour se faire opérer d'une hernie étranglée.

A son retour, même état du larynx, mais en plus une tuméfaction dure et rénitente du pharynx, un peu à droite de la ligne médiane, fortement proéminente et mesurant 4 centimètres environ dans le sens vertical et 3 centimètres dans le sens transversal. Cette tuméfaction causait un peu de gêne à la déglutition, (la malade sentant comme une grosseur dans la gorge) et rendait difficile l'examen du larynx. Après hésitation du diagnostic la tumeur devient fluctuante dans sa partie inférieure. Il s'agissait d'un abcès froid qui fut incisé et évacua une grande quantité de pus grumeleux. La poche fut cautérisée à l'acide lactique.

M. LUBET-BARBON présente un malade tout récemment opéré, à l'aide de ses pinces spéciales, d'un polype naso-pharyngien et dont l'observation fera l'objet d'une communication ultérieure.

M. Luc. — J'ai eu l'occasion de recourir avec succès à l'électrolyse pour la destruction d'un néoplasme naso-pharyngien. Il s'agissait d'un vaste fibro-sarcome chez un jeune homme de 15 ans. La plus grande partie de la tumeur ayant été extraite chirugicalement après incision du voile du palais, la partie restante, encore fort volumineuse fut complètement détruite par

l'électrolyse. Cela nécessita une vingtaine de séance au moins et l'emploi d'un courant de 30 à 50 milliampères. Il y a quatre ans de cela et la guérison s'est maintenue.

M. G. Laurens. — La méthode opératoire de M. Lubet-Barbon est en tous points excellente quand elle s'applique à l'ablation des polypes naso-pharyngiens, petits, bien pédiculés, implantés sur l'apophyse basilaire ou sur les apophyses ptérygoïdes. Son forceps permet très facilement l'ablation des tumeurs répondant à ces conditions. Mais dans les cas de polypes pédiculés larges, sessiles, implantés sur une surface étendue, il est utile de recourir au procédé de Doyen, c'est-à-dire à la rugination précédant l'arrachement. Enfin, dans certains cas complexes, l'extraction du polype par les voies naturelles est impossible et il faut pratiquer une opération par voie externe.

Récemment, j'ai eu à extraire, chez un jeune homme de 21 ans, un polype naso-pharygien qui avait refoulé le voile en avant et qui remplissait une partie de la cavité buccale. J'essayai tout d'abord de le décortiquer avec les rugines de Doyen, puis de l'extraire avec la pince de Lubet-Barbon, mais, malgré mes efforts et peut-être aussi par manque d'habitude de l'instrument je ne pus y arriver : et, ce ne fut qu'au bout d'un certain temps qu'il me fut possible, grâce à la rugination de la masse qui était implantée sur toute l'apoplyse basilaire et le pourtour des choanes, d'extraire la tumeur avec le forceps de Lubet-Barbon. Cette tumeur remplissait tout le cavum et le sinus maxillaire droit. L'hémorragie fut arrêtée par un tamponnement.

Je croyais le malade guéri, lorsque quinze jours après, je fus surpris de trouver dans la narine droite un nouveau prolongement. J'essayai vainement de l'entraîner par la voie nasale au moyen d'un serre-nœud et je dus pratiquer une nouvelle opération sous chloroforme. Je commençai par l'ouverture de la fosse canine, mais devant le volume énorme dn polype, il me fallut pratiquer la décortication de la face, réséquer l'apoplyse montante du maxillaire supérieur, enlever la paroi externe du sinus maxillaire, car un prolongement du polype avait perforé cette paroi pour envahir la loge parotidienne ; et finalement je pus extraire dans leur totalité les prolongements multiples des polypes qui s'étaient propagés aux deux sinus sphénoïdaux, à la fosse ptérigo-maxillaire et s'étendaient au-dessous de la base du crâne.

Au cours de ces deux interventions, le malade avait perdu 1.875 grammes de sang, ainsi qu'il résulta des pesées que je fis,

soit avec mon procédé d'hémato-aspiration, soit en exprimant le sang des compresses. Un mois après le malade était guéri.

En somme il y a : 1° des cas simples de polypes naso-pharyngiens, à pédicule limité où l'arrachement avec la pince de Lubet-Barbon fait merveille ; 2° des tumeurs à bases sessiles, largement implantées où il faut intervenir par les voies artificielles.

M. FURET.—Femme de 40 ans qui vint me consulter il y a denx ans environ à l'occasion d'une obstruction nasale. En ce moment les fosses nasales étaient normales ; il y avait dans le cavum une tumeur de la grosseur d'une petite noix, insérée à la voûte à droite de la ligne médiane.

Cette tumeur fut enlevée facilement. Elle était constituée à sa base par des fibres conjonctives et à la périphérie par du tissu adénoïdien. Sa récidive fut assez rapide. En mars 1905 survint un gros ganglion sous-maxillaire droit, douloureux, très mobile. Après avoir consulté d'autres spécialistes concluant à l'existence d'une tumeur maligne, la malade fut opérée en janvier suivant, par le docteur J. L. Faure, à travers la fosse nasale droite après désinsertion de l'aile du nez et résection du cornet moyen. Le ganglion fut enlevé en même temps.

Tout alla bien pendant quelques mois au dire de la malade, mais elle revint me voir dans les premiers jours de mai 1906 avec un nouveau ganglion analogue au premier, du *côté gauche*. La tumeur est réduite à un petit moignon, sans transformation de la muqueuse. Mais le nez a subi des modifications considérables : la cloison n'existe plus ; la paroi externe du côté droit a disparu également et l'on voit l'antre maxillaire rempli par des produits polypoïdes. Il existe aussi un muco-pus abondant ; douleurs nasales ; pas de fétidité. Je crus à de la syphilis et je prescrivis les injections mercurielles.

MM. **Boulay, Le Marc'Hadour, Heckel, Mounier** confirment le diagnostic.

M. LUC. — I. Malade guéri d'ostéomyélite diffuse du crâne consécutive à une antrite frontale aiguë à staphylocoques et compliquée d'abcès extra et intra-duraux, dont l'observatton

fut communiquée, il y a un an, à la réunion des médecins oto-rhino-laryngologistes belges à Liège, en juin 1905. Après 10 mois d'apparente guérison, ce malade présenta cette année un nouveau foyer extra-dural qui fut largement ouvert mais qui est à peine cicatrisé aujourd'hui.

II. — Un malade qui, consécutivement à une gomme spécifique du plancher de la fosse nasale, suivie de formation d'un séquestre du bord alvéolaire du maxillaire supérieur présente, après extraction de ces séquestres, une vaste communication bucco-nasale que M. Luc réussit à combler à l'aide d'un lambeau taillé aux dépens de la muqueuse gingivale, situé un peu en arrière et qui put être amené par glissement jusqu'au contact de la muqueuse palatine. Toutefois le rapprochement des bords avivés des muqueuses exigea le sacrifice d'une petite molaire saine.

III. — Une jeune fille opérée suivant le procédé Petersen-Killian, pour une déviation de la cloison nasale formant saillie convexe à gauche et dépression concave à droite. Après incision de la muqueuse du côté concave M. Luc éprouva les plus grandes difficultés à opérer le décollement; il constata en outre que la déviation se compliquait inférieurement d'un épaississement assez considérable, nécessitant la gouge et le maillet. Ce temps complémentaire de l'opération ne put être exécuté qu'après incision de la partie inférieure du pourtour de l'aile du nez, ce qui donna un jour très grand et facilita singulièrement la manœuvre. La muqueuse du côté gauche fut fortement dilacérée par suite de son adhérence à l'os et au cartilage. Au contraire la muqueuse du côté droit (partie concave) put être complètement respectée. Les deux cavités nasales sont demeurées complètement indépendantes. Comme on le voit d'autre part, l'incision libérative de l'aile du nez ayant été soigneusement réunie par première intention, il ne semble pas devoir en résulter la moindre défiguration pour la jeune fille, et en considération de la grande simplification de l'acte opératoire au moyen de cette incision, M. Luc déclare qu'il n'hésiterait jamais à y recourir de nouveau le cas échéant.

M. G. Laurens. — Le malade que vient de présenter M. Luc atteint d'une fistule naso-buccale fermée par une autoplastie, me suggère quelques réflexions au sujet des fistules buccales consécutives aux sinusites maxillaires, fistules spontanées ou post-opératoires.

Il y a deux ans, j'eus à traiter un malade qui vint me consul-

ter pour une fistule du sinus maxillaire consécutive à une trépanation de la fosse canine faite à l'étranger; je trouvai un trajet fistuleux admettant le passage d'une plume de corbeau et une sinusite suppurée. Je conseillai la cure radicale et fis un pronostic opératoire bénin. Malheureusement la ligne de suture que j'avais faite avec le catgut céda au bout de quelques jours, en regard de l'orifice fistuleux.

Pendant trois mois environ, je fis de petites interventions avec anesthésie locale, excisant le pourtour de l'orifice cicatriciel et le suturant avec le catgut, chaque fois j'avais une récidive. Mon malade alla trouver M. Luc qui voulut bien me convier à assister à l'opération qu'il pratiqua et là, j'eus la satisfaction d'apprendre et de voir que toutes les demi-mesures auxquelles j'avais eu recours pendant des mois devaient être vouées à un échec absolument certain quand je vis notre collègue faire une opération large, non parcimonieuse incisant de bout en bout le sillon gingivo-labial et réséquant largement et en totalité tout le trajet canaliculaire. Huit jours après le malade était complètement guéri de sa fistule. La moralité que je tirai de ce cas particulier c'est que dans les fistules, il faut faire de larges résections si l'on veut obtenir des cures radicales et je demeurai très reconnaissant à M. Luc de cette excellente leçon de médecine opératoire.

M. Mahu. — Dans la plupart des cas, après l'opération de Luc pour la cure radicale de la sinusite maxillaire, la soudure de deux lèvres de la plaie gingivo-labiale, se fait facilement par première intention. Parfois, au contraire, il persiste après des interventions d'un autre genre, une fistule alvéolaire plus ou moins large qui n'a pu être oblitérée par la suite. Si cette brèche est très étendue, il faut, après destruction complète du canal, pratiquer un large décollement de la gencive en empiétant sur les parties voisines de la fistule, ce qui oblige quelquefois à faire sauter une dent saine, ainsi que j'ai dû le faire moi-même dans un cas, suivant les indications qui m'avaient été fournies par M. Luc et comme vient de le dire M. Laurens. Mais si la fistule est plus étroite on peut, ainsi que cela m'est arrivé deux fois, combler la lumière en injectant, dans le sens de son axe, de la paraffine à froid après avoir, s'il y a lieu, décolé à l'aide d'un petit témotome le tissu de cicatrice de l'os sous-jacent. On arrive ainsi à détruire la communication sinuso-buccale très simplement et sans intervention sanglante.

SÉANCE DU 20 JUILLET 1906

Présents : MM. Mounier, Didsbury, Egger, Fournié, Courtade, G. Gellé, Mahu, Furet, Le Marc'Hadour, Bosviel.
Excusé : M. Lombard.

M. Furet, à propos de la lecture du procès-verbal de la dernière séance, fait part à la Société que le malade qu'il avait présenté à la séance clinique précédente avec le diagnostic de syphilis du nez, a éprouvé le plus grand bien du traitement spécifique déjà institué à cette époque.

M. Egger. — A propos de la communication de M. G. Gellé (hémorrhagie amygdalienne suite de morcellement) présente un cas à peu près semblable, bien qu'il a pu saisir l'artériole qui donnait et la tordre avec une pince.

M. Fournié.--Polype muqueux maxillo-nasal. Présentation de pièce

Dans un récent article paru dans les *Annales des maladies de l'oreille*, le docteur Killian, s'appuyant sur vingt-deux cas personnels, signale ce fait très intéressant que les polypes muqueux dits des arrière-narines, n'ont fait que s'extérioriser de l'antre maxillaire dans lequel ils ont pris naissance.

Quelques jours après avoir lu ce travail, j'eus l'occasion d'en apprécier cliniquement la valeur. Devant le volume et surtout la configuration des polypes extraits, j'ai pensé devoir relater ce nouveau cas qui corrobore la thèse du docteur Killian et soumettre le corps du délit à votre examen.

M. P... se présenta à moi avec la narine droite complètement obstruée. On voyait saillir dans le vestibule nasal un polype assez volumineux. La rhinoscopie postérieur

montrait également une occlusion polypeuse de la choane correspondante.

J'encerclai facilement le polype antérieur en remontant dans le méat moyen mais au lieu de le saisir à ce niveau, je serrai avec l'anse en plein corps de la masse et j'exerçai des tractions intermittentes et prolongées. Je sentis bientôt comme la résistance vaincue d'un corps élastique se dégageant d'un passage rétréci. Je fis de même pour le polype postérieur. Mais celui-là entièrement kystique et friable se déchira d'abord et je ne pus l'avoir complètement qu'en opérant des tractions sur le pédicule qu'on voyait très nettement sortir de l'antre maxillaire. L'insertion se faisait dans l'antre, tout près du bord de l'orifice lequel était très agrandi. Le cornet moyen, refoulé et atrophié, n'existait presque plus, ce qui rendit d'autant plus facile l'examen de la région après l'ablation du polype antérieur.

Conclusions : Non seulement les polypes muqueux des arrière-narines prennent souvent naissance dans l'antre maxillaire mais encore ce peut-être le fait de certains polypes antérieurs.

Il y avait, dans ce cas, coexistence de polypes antérieur et postérieur ayant tous deux une origine antrale.

Le polype postérieur à paroi mince était entièrement kystique, à l'encontre du polype antérieur qui ne contient qu'une petite poche kystique allongée et a la consistance des polypes muqueux ordinaires.

Enfin, détail intéressant, la sensation particulière qui marqua la période ultime de l'extraction est en quelque sorte inscrite sur les polypes eux-mêmes. Il vous sera aisé de voir à une de leurs extrémités le sillon froncé circulaire qui répond à l'angustum méatico-antral.

MM. Lermoyez et Mahu. — Contribution au traitement de l'Otite adhésive

Il y a quatre ans, à la suite des communications de Julius berg, de Beck, et surtout après la publication d'un travail de Ludwig Teleky (de Vienne), sur l'emploi nouveau d'un médicament connu la *Thiosinamine* ayant entre autres propriétés, celle de ramollir les tissus de sclérose et les tissus de cicatrices, l'un de nous avait pensé qu'il serait peut-être possible d'appliquer ce traitement aux cicatrices de l'oreille moyenne, après otorrhées taries et, rendant ainsi partiellement aux osselets de l'ouïe, une mobilité qu'ils avaient perdue, arriver à améliorer quelque peu l'audition chez les malades de cette espèce, pourvu que l'oreille interne ne soit pas perdue.

La méthode préconisée par les différents auteurs pour l'emploi du médicament était l'injection hypodermique.

Nous choisîmes donc à la consultation de l'Hôpital Saint-Antoine. une série de dix malades atteints d'otite adhésive, chez lesquels la perception osseuse n'était pas complètement abolie, et en ayant soin de laisser de côté les tuberculeux et ceux porteurs de cicatrices. Nous fîmes à chacun d'eux au bras correspondant à l'oreille malade, une série de 20 piqûres de deux en deux jours, avec un centimètre cube d'une solution alcoolique de thiosinamine à 15 0/0, solution généralement indiquée par les auteurs ci-dessus et par Hébra, qui avait le premier, dans un but thérapeutique différent, préconisé l'emploi de cette drogue en 1892.

Les piqûres furent douloureuses chez certains malades ; nous les continuâmes néanmoins régulièrement, mais nous n'obtînmes aucun résultat, ni en bien, ni en mal.

Nous ne jugeâmes pas, par suite, intéressant de publier ces résultats, tous négatifs.

Pourtant, au cours des années suivantes, parurent différents travaux traitant de cette question, surtout en Allemagne, et on parla même de cures merveilleuses d'otites

scléreuses — ou prétendues telles — obtenues par l'emploi de ce médicament.

Bien que rendus sceptiques par nos expériences antérieures, nous continuâmes néanmoins à nous intéresser à la question et à la fin de l'année dernière l'un de nous eut l'idée d'employer dans l'otite adhésive la solution alcoolique de thiosinamine à 15 0/0, non plus en injections hypodermique, mais en bains locaux d'oreille d'une durée de 8 à 10 minutes.

Nous fîmes d'abord nous-mêmes le traitement avec une grande prudence, en espaçant au début les bains de plusieurs jours l'un de l'autre.

Puis encouragés par les résultats qui semblaient se dessiner, ainsi que par l'innocuité du traitement, nous laissâmes le malade prendre lui-même un bain quotidien d'une durée de dix minutes.

Puis nous complétâmes le traitement en faisant suivre chaque bain, d'un massage à l'aide du masseur de Delstanche.

Huit malades ont jusqu'à présent été soumis à ce traitement et les résultats ont été si intéressants que nous n'avons pu résister au plaisir de vous les communiquer, dès aujourd'hui, sans attendre d'avoir un plus grand nombre de malades et d'avoir mis la question au point.

Ce qu'il y eut de remarquable, dans les cas heureux, c'est la rapidité avec laquelle les signes d'améliorations apparurent. Dès les deux ou trois premiers bains, l'audition moyenne devenait meilleure.

Quelques accidents sont survenus et le plus fréquent a été l'hémorrhagie peu abondante, mais récidivant à chaque bain.

Une autre fois chez Mlle C... qui, au lit pour une pseudo-appendicite, avait continué pendant plus d'un mois le traitement (bains et massages) observant du mieux à chaque fois, il est survenu un réchauffement de l'otorrhée qui fut d'ailleurs jugulé par un traitement simple (pansements, acide borique pulvérisé) mais qui nous reporta en arrière comme audition.

Ces accidents nous conduisirent à nous poser les questions suivantes ;

1° Etait-ce l'alcool qui, comme irritant finissait par produire les hémorrhagies puis le retour de l'otorrhée ?

2° Etait-ce même l'alcool seul qui produirait l'amélioration ?

Pour éviter toute méprise, nous avons essayé les solutions aqueuses de thiosinamine, mais cette substance est peu soluble dans l'eau et l'on est obligé pour en augmenter la solubilité de l'associer à d'autres produits solubles.

Vous avez dû recevoir, il y a un mois environ, un prospectus se rapportant à une substance qui, sous le nom de Fibrolysine Merck, est un mélange de théosinamine et de salycilate de soude.

Nous n'avons pas nous-mêmes employé cette spécialité, mais nous nous servons en ce moment d'une préparation établie par M. le Dr Michel.

Nous attendons d'avoir un certain nombre de malades, traités de cette manière pour vous apporter ici les résultats dans une seconde communication et nous serions heureux, Messieurs, si vous-mêmes consentiez à faire la même expérience de votre côté.

Discussion

M. Mounier. — Il y a peut-être à rapprocher l'action de ce médicament sur la muqueuse de la caisse de ce que faisait le Dr Miot dans l'otite adhésive au moyen de la solution iodo-iodurée. La solution de thiosinamine n'agit peut-être que par l'irritation qu'elle apporte localement.

M. Courtade. — La thiosinamine n'a donné de résultat, d'après certains auteurs, que quand on lui a associé le traitement local de l'otite.

M. Albert Robin a prescrit ce médicament à l'intérieur quelquefois avec succès sans examen otologique antérieur.

A propos des hémorrhagies d'oreille observées par MM. Lermoyez et Mahu, je rappelle que j'ai publié des cas d'hémorrhagies d'un polype de l'oreille, à la suite d'un bain d'alcool boriqué.

L'urine des malades contenait d'ailleurs une petite dose d'albumine.

M. Mahu. — Ce n'était pas le cas chez nos malades dont le fond de caisse complètement épidermisé ne présentait aucune fongosité.

MM. G. Gellé et Coutela. — Sarcome de la région hypophysaire et de la base du crâne avec prolongement pharyngien

Présentation de la pièce et de coupes microscopiques

Mlle X.., 22 ans, entre le 30 avril 1906, dans le service de M. le Professeur de Lapersonne. Depuis son enfance, elle souffre de troubles de la vision (*choriorétinite pigmentaire hérédo-syphilitique*); elle porte au genou droit des vestiges d'intervention chirurgicale pour tuberculose osseuse.

La maladie actuelle a débuté il y a trois ou quatre semaines et a suivi une marche progressive : paralysie du voile du palais, de la motilité oculaire et parésie de l'hypoglosse. On pense alors à une polyencéphalite bulbaire chronique et on institue un traitement mercuriel. Notons qu'à cette date, les fosses nasales, le larynx et le rhino-pharynx ne présentaient rien d'anormal. Le toucher rétro-pharyngien avait été pratiqué.

Le 10 mai, la malade se plaint de dysphagie douloureuse avec gêne de la respiration, Le toucher rétro-pharyngien montre en arrière du pilier postérieur gauche, l'existence d'une masse volumineuse, dure, ligneuse, siégeant sur la paroi postérieure et à gauche du cavum, masse sessile dont la base se perd en haut vers la voûte du pharynx, sans limite précise ; la choane gauche est obturée et le voile refoulé.

On élimine l'abcès froid en voie d'évolution, le lymphadénisme et on pense à une gomme syphilitique du pharynx. L'iodure de potassium à haute dose est alors prescrit.

La masse, malgré le traitement, augmente de volume; elle fait peu à peu saillie dans la cavité pharyngée dont elle

dépasse la ligne médiane, repoussant beaucoup la moitié gauche du voile. La voix est fortement nasonnée, la dysphagie extrême.

Le 16 mai, la muqueuse pharyngienne distendue a cédé et s'est ulcérée, laissant à découvert un amas jaunâtre ayant l'aspect et la consistance de la peau de chamois mouillée ; une traction prudente à l'aide d'une pince nasale montre une certaine résistance. — Fétidité extrême. — On fait des irrigations à l'eau oxygénée.

Le 25 mai, enucléation, pour ainsi dire, de cette masse sphacélée du volume d'une mandarine, qui laisse après évacuation à la pince, une poche prévertébrale, retropharyngée, à parois lisses, ne saignant pas, ne suppurant pas. Le diagnostic de gomme ramollie et expulsée semble confirmé. On continue le traitement spécifique et les lavages.

La malade meure *le 9 juin* avec des symptômes pulmonaires (congestion des bases, point de côté, dyspnée).

Elle n'a jamais présenté ni acromégalie, ni glycosurie, ni hémianopsie, ni stase papillaire, ni vomissements; à peine, une légére exophtalmie, de la céphalée intense sans localisation bien nette, de la somnolence pouvant être mise sur le compte de la morphine à hautes doses, qui seule soulageait la malade.

La ponction lombaire fut négative; les urines normales. Le diagnostic avait donc pour éléments : la céphalée, la parésie oculaire, palatine et linguale et l'expulsion de la masse pharyngée. Vers la fin de la malade : troubles subjectifs sur le domaine du nerf maxillaire supérieur et gêne des mouvements de la tête sur la colonne cervicale.

Autopsie, *le 10 juin*. — L'exploration digitale de la poche retro-pharyngée montre que la voûte du cavum, la base du crâne est de consistance mollasse, fibreuse. Le cerveau, les méninges ne présentent rien d'anormal.

La tige pituitaire est augmentée de volume; les apophyses clinoïdes antérieures sont normales ; les postérieures ne sont pas appréciables au toucher. En effet, au niveau de la base du crâne, la dure-mère est soulevée par une masse néoplasique, qui s'étend en arrière jusqu'au trou occipital.

L'hémisection antéro-postérieure montre que le sinus sphénoïdal a disparu, que le corps du sphénoïde et l'apophyse basilaire de l'occiptal sont envahis par une tumeur blanc rosé, fibreuse, de consistance uniforme ayant détruit tout le tissu osseux, sauf les condyles occipitaux dont la surface cartilagineuse, seule indemne, est encore apparente.

Le sinus caverneux gauche n'existe plus qu'à l'état de cavité virtuelle, que devait facilement combler la carotide aplatie. Cette tumeur s'arrête en avant au niveau de la selle turcique ; latéralement surtout à gauche, elle pousse un prolongement qui fait saillie à la face inférieure de la grande aile du sphénoïde entamant les apophyses ptérygoïdes.

Le pourtour osseux des trous grand rond, ovale, petit rond, condylien antérieur n'existe plus.

Les rochers sont indemnes.

Examen histologique. — Celui-ci permet d'éliminer nettement la syphilis (pas d'altérations vasculaires), la tuberculose (pas de cellules géantes) pas de foyers de nécrose ; pas de tissu d'inflammation.

On conclut à l'existence d'un *sarcôme.*

La coupe permet de voir d'avant en arrière les modifications de l'hypophyse : on en voit à la partie antérieure des coupes quelques cordons caractéristiques ; puis, ils s'espacent laissant place entre eux à des cellules embryonnaires à gros noyaux ; enfin tout à fait en arrière, en pleine tumeur le tissu sarcomateux existe seul.

***

Tel est le résumé de cette observation intéressante à plus d'un titre.

Au point de vue clinique, elle le fut par les difficultés du diagnostic ; on conçoit que celui-ci était impossible à faire étant donnés les symptômes présentés.

Au point de vue anatomo-pathologique, outre l'intérêt qu'elle présente de par la rareté de tels faits, elle n'est pas sans pouvoir donner lieu à quelques discussions sur le point d'origine de la tumeur : os, sinus sphénoïdal, ou glande pituitaire ?

L'absence de tout élément clinique du syndrôme hypophysaire, la saillie relativement peu importante de la tumeur du côté de la cavité crânienne, l'envahissement si rapide du sphénoïde et de l'occipital avec intégrité du cerveau et de la partie antérieure de la selle turcique semblent être autant d'arguments contre l'origine hypophysaire de cette tumeur.

Le Dr Félix REGNAULT présente une série de terres cuites grecques antiques, représentant des maladies du nez et de la bouche et des photographies reproduisant d'autres pièces, qui ont été, comme les précédentes, trouvées dans des points différents de la ville de Smyrne (fouilles des ruines).

Le président remercie vivement le Dr Félix Regnault de sa présentation à la Société et le félicite sur le grand intérêt de sa collection.



SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1906

Présents : MM. E. Percepied, Luc, G. Laurens, Weismann, Grossard, Courtade, Bosviel, Le Marc'hadour, Mounié, Kœnig, Lubet-Barbon. Veillard, Castex, Furet, Fournié, Glover, Boulay, Mahu, G. Gellé, Didsbury, Guisez.

M. le Président, en quelques paroles émues prononce l'éloge funèbre de notre ancien collègue Sarremone.

Il porte d'autre part à la connaissance de la Société une demande de candidature du docteur Pasquier, présenté par MM. Castex et Grossard.

MM. Boulay, Courtade et Luc sont chargés d'examiner cette candidature.

Sont élus ensuite pour l'exercice 1907 :

Vice-Président :	MM. Mounié.
Trésorier :	Fournié.
Secrétaire annuel :	Didsbury.

M. Guillot. — Deux cas de corps étrangers du conduit auditif simulant une otite moyenne aigüe

Le diagnostic de corps étranger de l'oreille est généralement facile *chez l'adulte*, contrairement à ce qu'il est souvent chez l'enfant. Deux fois pourtant, depuis quelques mois, nous avons eu à lutter contre des difficultés sérieuses de diagnostic qui ont attiré notre attention, d'autant plus que chez ces deux malades s'est posée la question de l'intervention possible sur la mastoïde—les symptômes simulaient une otite moyenne aigüe menaçante; d'un jour à l'autre il était possible qu'on dût intervenir.

Le 1er cas est celui d'une jeune fille de 20 ans, que nous avions soignée à l'hôpital Saint-Antoine au cours de l'année

1904-1905. Elle était venue à l'hôpital pour une vieille otite moyenne chronique droite.

L'écoulement était devenu fétide depuis quelques jours seulement, mais augmentait de quantité depuis deux mois environ. A gauche également léger écoulement de pus, plus récent, datant d'une grippe au courant de l'hiver précédent. Celui-ci ne résista pas à quelques pansements aseptiques secs de l'oreille. A droite nous trouvâmes un petit polype; implanté sur le cadre tympanal à la partie inféro-postérieure. Enlevé à la curette puis traité par des pansements réguliers à l'acide borique, tout écoulement disparut en cinq semaines, six semaines au plus. C'était en juin 1905. Nous ne revîmes plus la malade avant le 20 octobre.

Elle vient alors nous voir souffrant beaucoup de l'oreille droite depuis cinq jours. Elle ne dort plus et n'a plus d'appétit. Elle est agitée la nuit et la température que nous prenons à son arrivée est de 38°. Elle souffre beaucoup de la tête à droite nettement. La langue est sale, le facies fatigué.

Localement la région de l'oreille, le pavillon et son voisinage sont un peu rouges, tendus. Tout est dur, empâté, presque ligneux. La peau est le siège d'une éruption bizarre ressemblant à de l'eczéma au début. Elle est douloureuse au toucher. La traction (en haut et en arrière) du pavillon est très douloureuse. On sent nettement le petit ganglion pré-auriculaire, douloureux aussi. La région de l'antre est aussi *très* douloureuse ainsi que la pointe de la mastoïde.

L'examen du conduit auditif est rendu difficile par une sorte d'œdème dur du conduit dont la lumière se trouve ainsi rétrécie et n'admet plus un spéculum même très petit. De plus ce conduit est douloureux. Un porte-coton introduit très doucement provoque une vive douleur et est retiré légèrement teinté d'un écoulement jaunâtre avec une odeur aigrelette.

La surdité est assez accentuée : la montre n'est perçue qu'à 3 centimètres. Le Weber latérisé à droite. Rinne négatif à droite, positif à gauche.

Nous ordonnons des bains d'eau oxygénée chaude et l'antisepsie du nez et du cavum.

Le surlendemain, peu ou pas d'amélioration. Mastoïde toujours très sensible. Même aspect de la peau et du conduit. Impossibilité complète de voir au delà de un centimètre et demi dans le conduit auditif. La température oscille de 37.5 à 38.2.

Nous temporisons, la douleur n'augmentant pas, pas plus que la surdité. Les compresses chaudes appliquées en permanence soulagent momentanément la malade.

Le lendemain la peau est plus rouge, plus tendue ; il y a comme un bourrelet à la limite de la zone infectée et de la région saine. La céphalée persiste. L'œdème du conduit est tel que les parois se touchent.

Nous demandons avis au docteur Bellin, et prévenons la malade de la possibilité d'une intervention si l'état persiste ou s'aggrave.

Deux jours après, même état, mais la température ne monte toujours pas au delà de 38°. La céphalée persiste.

Enfin après 4 jours, c'est-à-dire 8 jours après la première visite de la malade, nous parvenons très doucement à introduire à 2 centimètres dans le conduit, un porte-coton. Par des pressions sur les parois du conduit, il semble que nous chassions l'œdème devant l'ouate. Nous trouvons une matière blanchâtre à odeur fétide, aigrelette que nous enlevons. Nous en prenons un fragment à l'aide d'une pince et l'examinons ; il est dur et semble avoir des racines très fines, des filaments. L'idée nous vient de la possibilité de la présence d'un corps étranger. Très doucement avec une pince à griffe nous retirons alors une boule de coton hydrophile de la taille d'un gros pois. L'extraction en est pénible et le fragment frotte durement sur les parois du conduit.

Le tympan que nous apercevons alors est rouge. Le cadre tympanal surtout est très rouge ainsi que le manche du marteau. La malade se dit soulagée et l'audition est meilleure (montre à 8 centimètres).

Deux jours après la malade va beaucoup mieux. Il persiste un état infectieux de la peau du pavillon et de son voisinage. Trois jours après tout est rentré dans l'ordre.

Le second cas est très analogue.

Femme de 34 ans, très frileuse, sujette à des névralgies,

porte toujours du coton dans les oreilles. Son oreille n'a jamais coulé.

Brusquement elle est prise de surdité de l'oreille gauche avec bourdonnements, céphalée, insomnie, agitation la nuit. Le pavillon seul de l'oreille est rouge et le conduit œdematié, comme chez notre premier malade.

Impossibilité complète de voir le tympan.

Pendant 4 jours la température oscille entre 38°2 et 38°6. Nous tentons chaque jour de parvenir jusqu'au corps étranger supposé et au lieu de bains d'eau oxygénée nous prescrivons des bains d'alcool absolu. Au quatrième jour la malade a moins souffert et nous pouvons pénétrer jusqu'au fond du conduit où nous trouvons un coton de la taille d'une petite noisette, que nous extrayons à l'aide du crochet à corps étrangers.

Pendant ces quatre derniers jours la malade a accusé comme moins en moins forte, chaque jour la sensation de tension « de bouchon, disait-elle, » dans l'oreille. Nous nous demandons si ce n'est pas à l'action de l'alcool que nous devons ce soulagement. Il n'est pas impossible que cet alcool ait favorisé l'évaporation des produits humides que contenait le fragment de coton.

Durant les jours qui suivirent la malade fut très menacée d'otite moyenne aiguë — Le tympan était rouge, très sensible et la céphalée persistait. Après huit jours cependant tout était rentré dans l'ordre.

Il nous reste à tirer de ces deux observations quelques conclusions pratiques.

Le diagnostic de l'affection était rendu délicat par le fait même de l'impossibilité où nous nous trouvions de voir l'état du tympan.

Les symptômes étaient ceux d'une otite moyenne aigüe, (douleur, surdité, fièvre, etc.) et les indications d'une intervention, ne fut-ce que sur le tympan, étaient nettes. (Surdité très accusée-continue, fièvre, douleur, céphalée).

Or nous étions donc dans l'impossibilité complète d'intervenir par une paracentèse du tympan.

Quelle conduite tenir dès lors puisque la douleur était

telle que les malades ne pouvaient supporter l'introduction même du spéculum au delà de un centimètre.

Cependant nous croyons que c'est sur ce point qu'il faut insister et tout faire pour s'assurer que le conduit est libre, avant de pratiquer l'intervention sur la mastoïde.

Pratiquement nous nous sommes bien trouvé de l'emploi de l'alcool absolu chez notre deuxième malade — cette pratique avait d'ailleurs l'avantage d'aseptiser le conduit.

Un corps étranger est donc susceptible de faire croire à une otite aiguë même chez l'adulte et l'on devra s'assurer au besoin, avec l'aide de l'anesthésie, de la présence ou de l'absence du corps étranger, avant toute intervention. Donc ne pas trop se hâter d'intervenir — ne pas le faire avant d'avoir contrôlé le diagnostic par l'examen du tympan.

M. Castex. — Quelques notes sur les Instituts Oto-Rhino-Laryngologiques dans le nord de l'Europe

Au cours d'un voyage que je viens de faire en Danemarck, Norvège, Suède et Allemagne pour visiter les institutions de sourds-muets, j'ai pu voir ou revoir quelques installations d'oto-rhino-laryngologie. Bien qu'incomplètes les notes qui suivent pourront n'être pas sans intérêt, en raison des détails qu'elles contiennent.

Copenhague.—Notre sympathique collègue Pr Schmiegelow, bien connu des spécialistes français par les communications qu'il a faites à maintes reprises dans nos sociétés savantes, m'a proposé tout d'abord une visite au monument de Hans Wilhelm Meyer. Il a été placé non loin du port, sur le Strand Boulevard. L'inspiration en est intéressante. Le buste de l'illustre spécialiste s'élève sur une stèle devant laquelle une femme présente une palme. La tête est bien

modelée. Le type est du milieu du siècle dernier, figure songeuse encadrée de favoris : une tête à la Trousseau.

Bien faite pour inspirer la sympathie, la fin d'existence de Meyer. L'aisance étant venue avec la notoriété, il entreprend à un âge avancé déjà, son premier voyage en Italie. Une fièvre typhoïde l'arrête à Venise où il succombe. Son corps repose encore dans cette ville, au cimetière des protestants. On lit sur le monument :

FREDERICA, 25 OCTOBRE 1824. VENEZIA, 3 JUIN 1895.

Kommunehospital (Hôpital communal). — J'ai visité le grand et nouvel hôpital où, depuis 1905, la municipalité de Copenhague a réuni ensemble des spécialités. Il est situé *Bartolinsgade* sur le bord d'un lac et orné de jardins entre les divers pavillons.

Je désirais voir surtout l'installation du Pr Mygind. En l'absence du maître, j'étais accompagné de son deuxième assistant, le Dr Peter Petenshald, que je remercie à nouveau de sa grande obligeance.

La clinique de Mygind occupe un grand pavillon isolé donnant sur une large rue.

Au rez-de-chaussée la polyclinique (consultation externe), comprenant une salle d'attente et une grande salle d'examen. Autour de celle-ci, huit postes pour autant d'étudiants. Chaque poste est isolé par des cloisons blanches en tôle et dans chacun d'eux on trouve un bec Auër, une boite stérilisée à instruments, une deuxième boite placée au dessous de la première est destinée à recevoir les déchets (ouates souillées). Il s'y trouve encore une prise d'air comprimé préparé dans le sous-sol par une machine spéciale. L'étudiant veut-il faire une insufflation dans les trompes, il n'a qu'à mettre la sonde en communication avec la prise d'air au moyen d'un tube en caoutchouc.

Au milieu de la salle, une couchette couverte d'une housse blanche pour le cas où un malade a besoin d'être étendu.

Ici ou là des vitrines nickelées renfermant les instruments

de la spécialité y compris les diapasons de Bezold, des pupitres où les étudiants peuvent écrire debout les observations et les ordonnances, de petites pièces pour laboratoire et bibliothèque, un long couloir de 20 mètres avec les divisions métriques peintes sur le mur pour les mensurations acoumétriques.

Au premier étage la salle d'opération tout à fait moderne. J'y ai remarqué une dizaine de grosses lampes électriques pouvant courir sur des fils horizontaux et venir éclairer le patient selon les besoins de l'intervention.

A côté de la salle d'opération une douzaine de lits dans de petites pièces.

Six infirmières très proprement tenues assurent le service.

« Vous voulez que les pauvres soient bien soignées, disaient les médecins, volontiers, mais donnez-nous ce qu'il faut. »

La municipalité a compris et fait grandement les choses.

Les oto-rhino-laryngologistes ne visiteront pas sans intérêt l'institut de Finsen pour la cure électrique des lupus (Finsens Lydinstitut Nosenwœngets).

Christiania.—Le Pr Uchermann a bien voulu me montrer son service d'hôpital. Les locaux sont anciens mais bien aménagés. Comme dans la plupart des installations que j'ai visitées, la polyclinique pour les consultations est au rez-de-chaussée avec toute l'installation nécessaire et des mensurations sur les murs pour évaluer les portées auditives.

Au premier étage une trentaine de lits répartis dans des chambres distinctes de trois ou quatre lits chacune. Et ce n'est pas sans luttes, me disait le Pr Uchermann, qu'il a été possible d'obtenir ces lits. On ne voulait pas faire une place à notre jeune spécialité. Schmiegelow, à Copenhague, avait rencontré les mêmes difficultés.

Stockholm. — La clinique la plus fréquentée est à Serafimer Lazarettet (Handtver Karegatan 2), grand hôpital récemment construit. Les cliniques oto-rhino-laryngologiques sont à côtés l'une de l'autre. Toutes deux ont une même galerie d'attente pour les malades très nombreux qui viennent

consulter, mais sur la galerie commune s'ouvrent des pièces distinctes pour chaque spécialité qui dispose également de quelques lits.

L'enseignement est donné par le Pr Stangerberg.

Berlin. — J'ai visité la clinique du Pr Fraenkel, grâce à l'obligeance de son assistant, le Dr Bœrger.

Quel beau changement réalisé depuis que je suivais il y a quelques quinze ans les leçons de l'éminent professeur. C'était alors un simple appartement où les malades et les élèves se trouvaient à l'étroit.

Aujourd'hui c'est un élégant et grand pavillon, entre rue et jardin, environné de corbeilles de fleurs comme les plus jolis hôtels particuliers. Tout le confort moderne. Partout les peintures blanches et le pitchpin.

En bas la polyclinique, avec salle d'attente, salle d'examens, salle des cours, salle d'opérations pour les malades du dehors, etc. Une douzaine d'élèves travaillent sous la direction du maître et ses quatre assistants. Chacun a son poste isolé par des cloisons de pitchpin et muni de tous les instruments nécessaires.

Au premier étage, 24 lits répartis en petites salles, 12 pour les hommes, 12 pour les femmes. Ces malades ne sont pas reçus gratuitement. Ils paient deux marcks par jour, donnés par eux-mêmes ou par les corporations d'assistance dont ils font partie.

Le mouvement des malades est considérable. Il y a environ 7.000 consultants par an et une centaine de grandes opérations.

Au deuxième étage est le service du Pr Passow qui représente seul et exclusivement l'otologie. Installation analogue.

On aurait grand tort de passer par Berlin sans aller voir Jansen à sa grande maison de santé particulière (Hardenbergstrasse, 12). Ses confrères y reçoivent le meilleur accueil. Tous les matins le spécialiste y pratique une ou plusieurs des opérations de notre spécialité où il excelle.

L'installation est luxueuse et d'une irréprochable asepsie.

Jansen opère en s'éclairant d'une grosse lampe électri-

que fixe et au moyen du réflecteur qu'il tient par une tige serrée entre ses dents.

Je l'ai vu opérer des sinusites et des mastoïdites.

Pour les pansinusites, il pratique une longue incision courbe à concavité externe entre l'œil et le nez. Le squelette mis à nu, il attaque d'abord l'ethmoïde, puis le sinus frontal, le spénoïdal d'avant en arrière, le maxillaire de haut en bas. Il termine en enlevant le cornet inférieur et perforant la paroi interne du sinus maxillaire avec une grosse curette.

Pour les mastoïdes, il emploie un large ciseau et des écarteurs à griffe qui, par le refoulement des tissus, assurent l'hémostase.

Il emploie la fraise électrique tenue à deux mains pour niveler les brêches osseuses, sectionne le squelette avec de large pinces coupantes en protégeant les parties molles au moyen d'ouate interposée entre les tissus et le mors de la pince.

J'ai beaucoup remarqué son calme opératoire dans ses hardiesses bien connues.

MM. Le Marc'Hadour et Bruder. — Les Otites de la Rougeole

Dans un travail antérieur, l'un de nous a présenté à cette Société les résultats de ses recherches sur les otites de la scarlatine; nous apportons aujourd'hui les données que nous a fourni l'examen systématique de toutes les otites qui se sont présentées au pavillon des rougeoleux en 1903 à l'Hôpital des Enfants Malades, dans le service de notre maître le docteur Variot.

Nous avons constaté 58 otites moyennes dont 20 bi-latérales ce qui fait 9, 6 p. 0/0, chiffre un peu inférieur à celui des statistiques allemandes qui donnent 11 p. 0/0. Sur ces 58 otites, 48 ont évolué chez des enfants au-dessous de 3 ans. Cette prédilection des complications auriculaires pour le

jeune âge mérite de nous arrêter un instant. Veillard dans sa thèse a signalé la fréquence de l'otite chez le nourrisson. Nous pouvons invoquer comme lui pour expliquer ce gros pourcentage :

1° La résistance moindre du jeune enfant à l'infection ;

2° L'absence de mouchage et le décubitus horizontal prolongé qui permettent la stagnation du muco-pus au voisinage d'une trompe particulièrement courte et béante.

La constatation de ce fait nous conduit chemin faisant aux conclusions pratiques suivantes : Au cours de la rougeole l'antisepsie du nez chez l'enfant en bas âge sera particulièrement surveillée. Il sera mouché plusieurs fois par jour avec la poire à air, ou l'aspirateur nasal récemment décrit par Escat et maintenu plusieurs heures par jour, assis dans son lit, pour éviter le séjour trop prolongé des mucosités dans le cavum.

Les auteurs classiques signalent la fréquence de la surdimutité consécutive à la rougeole. L'otite rubéolique touchant souvent, comme nous venons de le voir les enfants à une époque où ils n'ont encore ni mémoire auditive, ni mémoire verbale, doit en effet avoir souvent cette grave conséquence, qu'une thérapeutique bien conduite (soins de l'oreille, éducation par la méthode d'Urbantschitsch) pourrait éviter.

Les otites de la rougeole se manifestent soit au début en même temps que le catarrhe oculo nasal initial, soit au cours de l'exanthème.

Il n'y a aucun rapport entre l'intensité de l'éruption et les complications auriculaires.

C'est le catarrhe oculo-nasal, c'est l'infection du nez et du pharynx qui commandent l'otite. Dans tous les cas d'otite nous trouvons noté un catarrhe oculo-nasal intense.

Ces otites au cours de la rougeole même n'existent que pour moitié dans notre satistique, nous rencontrons un nombre égal d'otites tardives.

Ces otites post-rubéoliques peuvent se montrer quinze, vingt et trente jours après le début de la maladie et coïncident aussi avec les cas ou le catarrhe naso-pharyngien a été particulièrement intense.

Le nez et le pharynx restent longtemps infectés chez l'enfant après la rougeole; bien des semaines, des mois même après la disparition de l'éruption cutanée, nous avons trouvé de jeunes malades gardant un coryza intense, avec du Lôffler court et moyen, du streptocoque et staphylocoque. Assez souvent ce coryza prend l'aspect de la rhinite pseudo-membraneuse banale.

Les otites tardives sont donc facilement expliquées par cette longue survivance de l'infection du nez et du cavum, expliquées aussi les adénoïdites qui suivent la rougeole, et dont l'aboutissement est l'adénopathie trachéo-bronchique avec ses conséquences.

Les vieux auteurs savaient cette longue durée du catarrhe naso-pharyngé et son importance. Lasègue insiste sur ce point, et signale une épidémie dans laquelle la symptomatologie se réduisit au catarrhe oculo-nasal, l'exanthème étant si discret qu'il passait inaperçu.

Le catarrhe oculo-nasal, l'infection du rhino-pharynx est donc l'élément essentiel de la rougeole, comme l'angine est toute la scarlatine ; *la rougeole est une adénoïdite spécifique exanthémateuse.*

L'angine commande et le cycle thermique et les irradiations proches ou lointaines de la scarlatine; l'infection du rhino-pharynx joue le même rôle dans la rougeole, et entraîne les otites si fréquentes, les laryngites souvent si graves et les adenopathies.

En dehors de ces considérations théoriques nous pouvons tirer des faits des conclusions plus immédiatement utilisables.

1° Au cours et dès le début de la rougeole, l'antiseptie scrupuleuse du nez et du pharynx s'impose, et les oreilles doivent être surveillées, surtout quand le catarrhe oculo-nasal est intense.

L'on doit recourir en cas de besoin à la paracentèse précoce pour éviter la stagnation et la rétention du pus dans la caisse et ainsi les larges destructions de la membrane.

2° Les enfants du premier âge réclament une sollicitude spéciale, pour les motifs énoncés plus haut.

3° La disparition de l'exanthème ne marque pas l'entrée au port de salut, les soins du naso pharynx doivent être longtemps continués si on veut éviter les otites tardives et les infections prolongées du rhino-pharynx avec leurs conséquences.

Le pharynx est le primum morbus et l'ultimum moriens de la rougeole, il réclamera une longue surveillance; et le curettage du rhino-pharynx chroniquement infecté sera souvent le seul moyen de faire tout rentrer dans l'ordre.

Discussion

M. Luc. — Contrairement à l'opinion émise par notre collègue, je ne crois pas que les lésions destructives,considérables et rapides observées à la suite de certaines otites soient le résultat d'un retard à la pratique de la paracentèse. Je pense que généralement ces lésions dépendent de l'intensité et de la virulence de l'infection et que la paracentèse précoce ne saurait être considérée comme un moyen préventif à leur égard.

M. Lubet-Barbon. — Je pense aussi que les lésions étendues du tympan se produisent presque d'emblée et sont plus en rapport avec la nature de la maladie (Rougeole et surtout Scarlatine) qu'avec l'abstention ou le retard dans la paracentèse. On a rarement le temps de faire la paracentèse dans ces exanthèmes, le tympan se perforant presque dès le début de la poussée otique.

M. Le Marc'Hadour répond que l'expression a trahi sa pensée; il croit que les larges destructions sont le fait d'une infection massive; que la paracentèse, même précoce, évite dans l'ensemble, ces cas de douleurs inutiles et des complications.

M. Boulay. — A propos des surdités légères consécutives aux otites rubéoliques qui négligées, peuvent créer la surdité chez les enfants, M. Le Marc'Hadour nous a dit que dans ces cas on devait appliquer la méthode de rééducation d'Urbantschitch laquelle donne d'excellents résultats.

Je demande si quelques membres de la Société ont une expérience personnelle de cette méthode et ont obtenu de bons résultats. Il me semble que le silence s'est fait singulièrement complet sur cette méthode. Faut-il en conclure que sa valeur a été exagérée ? Pour moi, je crois qu'elle peut donner de bons résultats dans les cas de surdité légère, mais qu'elle échoue dans les autres cas.

M. Paul Laurens. — Procédé d'autoplastie pour cicatrices rétro-auriculaires d'évidement.

Deux incisions, l'une en avant de l'orifice cicatriciel, l'autre en arrière, commençant et finissant à un centimètre environ au-dessus des pôles de cet orifice, formant en se réunissant un tracé ovalaire, déterminent la formation de deux lambeaux triangulaires : un sus-jacent à la cavité cicatricielle, l'autre sous-jacent.

Ces lambeaux sont retournés autour de leur base servant de charnière. Leur face cutanée regarde l'oreille moyenne ; leur face cruentée reste superficielle. Au dessus de cette dernière les lèvres de la plaie sont rapprochées et suturées.

Ce procédé est : 1° d'une exécution facile ; 2° il peut s'appliquer à de très grandes cavités ; 3° il ne nécessite pas, pour obtenir un plissement, d'incisions libératrices à distance ; 4° il supprime les trainées chéloïdiennes sus et sous-jacentes à l'orifice cicatriciel ; 5° il place le pavillon dans une position normale par rapport à la face latérale du crâne.

M. Percepied. — Otite moyenne double attribuée à la douche rétro-nasale.

M. X..., âgé de 47 ans, de taille au-dessus de la moyenne, maigre, accuse dans ses antécédents deux crises de rhumatisme articulaire aigu et des accidents de petit rhumatisme, douleurs erratiques, lumbago, etc.

Il y a douze ans, sciatique, névrite très douloureuse et tenace.

Il y a six ans, il fut contaminé en faisant un accouche-

ment et eut un chancre induré du doigt. Depuis cette époque, malgré une hygiène sévère, une sobriété exemplaire, (il ne boit que de l'eau), malgré des soins de propreté locale minutieux il n'a cessé de souffrir constamment de la gorge, de paresthésie pharyngée, et de la langue fissurée. De plus il avait à l'état chronique de l'irritation trachéale avec catarrhe léger.

Dans les premiers jours d'Août 1905, il vint au Mont-Dore, souffrant d'un lumbago, qui n'était qu'un rappel atténué de son ancienne sciatique, et venant d'avoir récemment un furoncle dans un conduit auditif. Dans le traitement thermal, tout en cherchant la modification de l'état général par la boisson, nous eûmes en vue d'agir localement, autant qu'il serait possible, pour atténuer les manifestations douloureuses et obsédantes dont le siège était surtout bucco-pharyngé avec maximum dans le cavum, et en plus d'agir contre les manifestations rhumatismales.

La prescription fut : Trois verres d'eau, douche chaude dirigée surtout sur le dos, la région lombaire et les jambes, aspiration avec pulvérisation, gargarisme.

La pulvérisation ordinaire ne pouvant atteindre le cavum nous conseillâmes de recourir en outre à la pulvérisation rétro-nasale, faite au moyen d'une canule courbe à laquelle on adapta un énéma ; la pression était donc donnée par le patient lui-même.

Cette douche rétro-nasale, malgré qu'elle fut pénible, fut très bien acceptée par notre confrère qui espérait agir par ce moyen vigoureusement sur la partie dont il souffrait depuis longtemps.

Au bout de quatre ou cinq jours il éprouva de la gêne et de la douleur à l'oreille droite; les mouvements du maxillaire inférieur étaient pénibles. L'examen local me fit reconnaître l'existence d'un furoncle du conduit externe, dont la peau était rouge, le canal rétréci. Les douches rétro-nasales furent abandonnées.

Mais alors que je constatai dans le conduit l'existence de pus qui tachait les tampons de coton hydrophile et qui tapissait le tympan en le masquant, les douleurs qui auraient dû cesser persistaient et au bout de quelques jours,

il s'écoulait un pus aqueux et jaunâtre; la surdité était complète ; je pensais à une perforation du tympan par otite moyenne suppurée quoique je n'aie pu voir la perforation et que la douche d'air ne m'ait fait percevoir aucun bruit.

Quelques jours plus tard, les douches rétro-nasales étant cessées, survint une gêne douloureuse à gauche rappelant le début de l'affection de l'oreille droite. Peu après je perçais un furoncle du conduit auditif, mais les accidents ne cessèrent pas pour cela et le dixième jour après son arrivée M. X... quittait le Mont-Dore, très souffrant et presque complétement sourd.

Ses malheurs ne devaient pas s'arrêter là. Rentré chez lui il eut un rappel très douloureux de sa sciatique qui le tint au lit pendant trois semaines et il fut atteint d'un anthrax à la nuque. La suppuration des oreilles continuait, la *surdité était complète*. Il y avait une otite moyenne double suppurée, qui se compliquait d'un point *d'osteite du promontoire* à droite.

Ce ne fut qu'au bout de deux mois que les accidents cessèrent et que le malade revint à son état normal. L'ouïe redevint ce qu'elle était avant la maladie, le nez très sec pendant la mauvaise période devint plus humide, les éternuements supprimés reparurent *et chose curieuse une amélioration subite a succédé à une crise d'hydorrhée nasale.*

Mon confrère m'écrivait à cette époque : « Ma sciatique ne me gêne plus, mon état général est très bon, je suis vigoureux, j'ai repris mes occupations professionnelles. Malgré mes déboires je garde un bon souvenir des Eaux du Mont-Dore, qui ont amélioré mon état général et m'ont jusqu'à nouvel ordre au moins, débarrassé de mes croûtes dans le nez et de mes fissures à la langue. »

Mais notre confrère est intimement persuadé que son otite moyenne a été déterminée par la douche rétro-nasale.

En 1886 j'ai publié plusieurs cas d'otite moyenne survenus à la suite de l'usage de la douche nasale, mais il y a dans l'usage de ce procédé des conditions qui favorisent l'introduction de l'eau dans les trompes, par suite de la pression trop forte de l'eau dans le cavum. Ces conditions ne me paraissaient pas devoir se réaliser avec la douche

rétro-nasale, l'eau s'écoulant librement de tous côtés et on pouvait penser que la trompe bailla-t-elle légèrement, l'eau passerait en coulant au devant de son ouverture sans s'y introduire. Je me croyais donc à l'abri de tout accident de ce genre. Depuis j'ai su que des confrères en avaient observé dans les mêmes conditions et ma confiance première s'est évanouie.

Dans le cas présent nous devons remarquer que le malade était sous le coup d'une staphylococcie qui s'est manifestée par de la furonculose du conduit, par un anthrax et par des otites moyennes. On n'a, je crois jamais constaté de sucre dans les urines. La douche retro-nasale a-t-elle été un moyen de propagation aux trompes d'Eustache ? C'est possible, mais il faut remarquer pourtant que l'otite du côté gauche a débuté alors que depuis plusieurs jours ces douches étaient cessées. La propagation de ce côté s'est-elle faite par voisinage ? Faut-il accuser une projection du liquide du cavum dans la trompe, en se mouchant, dans un ou dans deux cas ?

Il est difficile de le dire, de même qu'il ne parait difficile d'admettre une propagation de l'oreille externe à l'oreille moyenne, forçant l'écran tympanal.

Quoiqu'il en soit, dans le doute et en présence d'autres accidents dans les mêmes circonstances, il faudra être circonspect dans l'administration de la douche rétro-nasale. On devra faire avec soin l'apprentissage du malade, ne donner que des pressions modérées à la poire de l'énema, ne se servir que d'un appareil pulvérisant finement et dont la direction des jets sera surtout verticale et antérieure, ou lorsqu'il ne sera pas nécessaire d'avoir une action percutante de douche, de provoquer le contact du liquide par la nébulisation plutôt que par pulvérisation.

13 juin 1906 — Je conserve le meilleur souvenir de ma cure du Mont-Dore : depuis novembre mon ouïe est normale. Je suis bien portant, mon naso-bucco-pharynx est meilleur, je n'ai plus eu de fissures de la langue, plus de croûtes ni de pellicules dans les cheveux et dans la barbe. Je respire beaucoup mieux, je ne sens presque plus cet étau qui me serrait la poitrine, et j'ai beaucoup moins souffert de mes rhumatismes.

M. Guisez.—Rétrécissement infranchissable congénital et cicatriciel de l'œsophage. Guérison par l'œsophagoscopie.

Nous avons eu l'occasion de soigner trois malades atteints de rétrécissement cicatriciels et un autre de rétrécissement congénital chez lesquels l'œsophagoscopie nous a amené à des résultats bien remarquables.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un malade soigné à l'Hôtel Dieu, (service de notre maître le Pr Le Dentu) et qui était atteint de rétrécissement cicatriciel de la partie inférieure de l'œsophage à la suite d'ingestion de potasse caustique.

Malgré de nombreuses tentatives de cathétérisme, un jour, rien ne passa plus par l'œsophage et une gastrotomie d'urgence dût être faite par le Dr J. L. Faure.

La bouche stomacale dût être réouverte l'année suivante par le Dr Baudet; le malade s'étant en effet alimenté de nouveau normalement avait laissé fermer sa plaie, et de nouveau la dysphagie s'était installée.

Nous vîmes le malade à la fin de l'année dernière et nous pûmes constater à l'œsophagoscope des sortes de brides qui obstruaient la lumière de l'œsophage. L'orifice était tout à fait excentrique, très étroit et rejeté à droite.

A l'aide d'un œsophagotome droit à fine tige, instrument modifié de celui de Maisonneuve et Le Dentu, nous avons sectionné la partie la plus épaisse de la bride qui obstruait l'œsophage.

La dilatation ainsi obtenue a été maintenue par des bougies passées de temps à autre. Le malade peut manger de tout, sa bouche stomacle a été fermée par le Dr Baudet un mois après notre intervention.

C'est le deuxième rétrécissement cicatriciel que nous parvenons à guérir complètement grâce à l'œsophagoscopie (1).

Tout dernièrement nous avons opéré sous l'œsophagosco-

(1) Tribune Médicale 14 Juillet 1906.

pie un cas remarquable de *rétrécissement congénital* de la partie inférieure de l'œsophage, chez un jeune homme de 18 ans que nous désirons vous présenter. Depuis sa naissance, ce malheureux n'avait jamais pu absorber que du lait et de l'eau.

Tout autre aliment, liquide ou solide, était rejeté invariablement : le bouillon, le potage, les œufs ne passaient pas.

Nombreux furent les médecins ou chirurgiens consultés ; les uns concluaient à du spasme simple, d'autres à un rétrécissement organique. Il fut successivement traité par des médications anti-nerveuses, la suggestion, des essais de dilatation, d'électrolyse linéaire.

Un spécialiste pensa que les spasmes pouvaient être dûs, par réflexe à une grosse déviation de la cloison nasale. L'opération intranasale n'amena aucun soulagement.

Le Professeur Debove constatant un obstacle infranchissable au tiers inférieur de l'œsophage envoya le malade au Professeur Terrier qui l'admit dans son service; des tentatives de dilatation y furent faites avec de fines bougies; finalement une opération grave par voie externe fut proposée aux parents qui s'y refusèrent. Entre temps on fait plusieurs essais d'électrolyse linéaire sans amener du reste aucun résultat, que le redoublement des spasmes.

Tout essai d'alimentation solide déterminait immédiatement du spasme complet de l'œsophage qui rendait toute absorption de liquide impossible et condamnait le malade à l'inanition, souvent pendant plusieurs jours. C'est ainsi qu'à la suite d'une de ces crises de dysphagie, il fut transporté mourant à la clinique du Dr Doyen qui dût le gastrotomiser d'urgence : l'enfant n'avait rien pris, même la plus petite goutte d'eau depuis 6 jours. Sous l'influence du chloroforme sans doute, à la suite de cette intervention le spasme a cessé en partie; l'alimentation par le lait put redevenir possible et la bouche stomacale fut fermée.

Nous voyons donc le malade à la fin du mois de Juillet dernier après ces multiples et infructueuses pérégrinations.

Il est en état d'amaigrissement très marqué ; bien qu'âgé de 19 ans et mesurant 1m68, il ne pèse que 50 kilogs et est incapable d'aucun effort physique ou intellectuel. Il est arrivé

à cet âge grâce aux 4 ou 5 litres de lait qu'il prend par jour et aux multiples soins dont il a toujours été entouré. Il ne connaît les aliments solides que par la crainte qu'ils lui inspirent.

Le malade sent très bien qu'après chaque déglutition, le lait est arrêté en la partie inférieure de l'œsophage ; il pèse, comme il le dit très bien, sur la poitrine pendant longtemps et ne s'évacue que petit à petit vers l'estomac, après de nombreux renvois et régurgitations.

Nous proposons l'œsophagoscopie et nous réussissons à faire comprendre aux parents toute la nécessité qu'il y a de se rendre compte de la nature de l'obstacle qui ferme ainsi l'œsophage.

L'œsophagoscopie est décidée pour le 31 Juillet : étant donné la nervosité et le peu de résistance du malade, nous la pratiquons sous chloroforme avec l'assistance des docteurs Abradt et Prat-Dumas.

Le malade est placé dans la position de Rose, la tête pendante au-delà du plan du lit, très renversée en arrière, maintenue solidement par un aide.

Nous avons recours pour l'examen à un tube œsophagoscopique de 45 centimètres de long et de 8 millimètres de calibre.

L'introduction en est très aisée et, nous éclairant avec notre éclaireur à trois lampes, voici ce que nous constatons : Vers la partie inférieure de l'œsophage existe une large dilatation, sorte de véritable poche, occupant tout le tiers inférieur de l'œsophage et contenant du lait et des mucosités.

L'aspiration à l'aide de notre pompe œsophagienne nous permet d'en apprécier la quantité à un demi litre. La cavité étant bien vidée, nous voyons à sa partie tout inférieure et en formant pour ainsi dire le fond, à 33 centimètres de l'arcade dentaire, c'est-à-dire tout près de l'extrémité inférieure de l'œsophage, une sorte de valvule obstruant presque complètement la lumière de ce conduit, et ne laissant qu'un tout petit pertuis rejeté vers la droite (Fig. 1) le petit orifice, seule voie de communication vers l'estomac, admet à peine la fine bougie dont nous disposons. L'on s'explique très bien qu'il ait pu se boucher sous le moindre spasme à de nom-

breuses reprises. On comprend très bien le mécanisme de la déglutition chez ce malade : les liquides tombaient et s'accumulaient dans cette véritable poche et ne s'écoulait que goutte à goutte dans l'estomac. (Fig. 2).

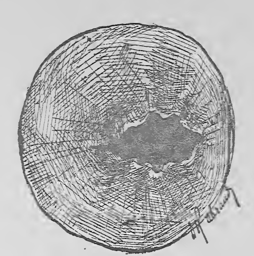


Fig. 1
L'orifice de l'œsophage avant l'opération

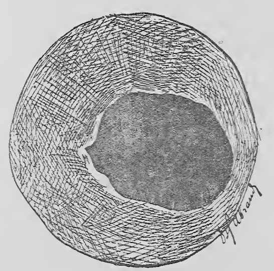


Fig. 2.
L'orifice de l'œsophage après l'opération.

En déplaçant un peu le tube vers la gauche, nous constatons une sorte de cul-de-sac creusé aux dépens de la paroi gauche de l'œsophage et dans lequel les bougies devaient invariablement se loger lors des tentatives de cathétérisme.

Sous l'œsophagoscope, nous l'opérons le 19 septembre dernier à la maison de santé du docteur Prat-Dumas, Avec une solution d'adrénaline à 1/1000 nous ischémions cette membrane. Puis, nous munissant de l'œsophagotome, destiné à agir sous le contrôle de la vue, nous sectionnons ou plutôt éraillons légèrement le bord de cette valvule en deux points sur sa portion la plus large. Retirant l'instrument nous introduisons une bougie de 4 m/m et une autre de 6 m/m. L'œsophagoscope nous permet de voir flottant dans l'intérieur de l'œsophage les deux lambeaux de la membrane ainsi sectionnée.

Les suites opératoires ont été excellentes; pas de fièvre; une légère douleur seulement au creux épigastrique, au moment de la déglutition.

Nous laissons le malade au lait pendant les trois premiers jours, mais il sent bien qu'il n'y a plus aucune gêne de déglutition. Graduellement il s'est mis à manger des aliments plus consistants et actuellement, c'est-à-dire quinze jours après l'opération, il mange de tout. Il a gagné quatre kilos depuis son opération. Sans doute et pendant quelque temps, de même que tous les rétrécis, ce malade devra être soumis à une dilatation régulière. Mais pour le malade, cette petite intervention complémentaire n'est rien, comparée aux angoisses dans lesquelles il a vécu jusqu'à maintenant.

Nous avons eu affaire évidemment, dans ce cas, à une disposition particulièrement favorable pour une intervention intra œsophagienne. Mais la plupart des rétrécissements offrent eux aussi des brides, des valvules qui, bien en vue sous l'œsophagoscope, peuvent être sectionnées sans danger. On ne risque nullement de perforer ce conduit, Point n'est besoin d'ailleurs d'entamer beaucoup la partie rétrécie pour dilater l'œsophage, il suffit de l'érailler pour ainsi dire, les bougies dilatatrices font le reste. Après l'opération, il ne faut point non plus laisser de sonde à demeure dans l'œsophage sectionné. On commencera une dilatation

prudente le cinquième ou le sixième jour après l'intervention, avec des bougies relativement molles.

La sonde est, en effet, difficile à maintenir en place, à demeure dans l'œsophage, elle est très gênante pour le malade. L'échec que nous avons subi lors de notre première opération de rétrécissement cicatriciel tient certainement à des manœuvres faites pour replacer cette sonde.

Nous avons pu faire, il y a quelques jours, chez le malade dont nous venons de relater l'observation, une nouvelle œsophagoscopie (27 octobre) dans le but de hâter la dilatation et de nous rendre compte des progrès de visu. Il a très bien supporté ce nouvel examen sans cocaïne, étant beaucoup plus vigoureux et de meilleure santé maintenant. Notre nouveau mandrin œsophagien en gomme dont nous nous servons depuis quelque temps, a facilité beaucoup l'introduction en la rendant moins pénible.

Nous avons constaté que l'énorme poche est très réduite et ne contient plus que du mucus. Le cul-de-sac latéral gauche a disparu complètement. L'orifice inférieur est bien centré et bien que rétréci, il a encore un calibre de 8 à 10 m/m. Sous l'œsophagoscopie, nous pouvons faire une très sérieuse séance de dilatation et passons trois bougies des nos 18, 22, 24, 26 de la filière ordinaire. Nous sommes arrivé à un calibre très voisin de la normale. Il y a une chose cependant que nous avons bien remarquée : c'est la forme en entonnoir du segment inférieur de l'œsophage. Il y a eu là sans doute, arrêt de développement de ce segment qui est resté, pour ainsi dire infantile. Les bougies buttent de même très rapidement sur le fond de l'estomac, qui doit avoir un tout petit volume : l'alimentation n'est possible, en effet que très fragmentée et le malade fait quatre ou cinq petits repas par jour. En tous cas, il mange actuellement de tout : pain, viande, légumes.

Grâce à l'œsophagoscopie, ce malade est guéri d'une infirmité et n'est plus exposé à des crises de dysphagie dont plusieurs ont failli être mortelles.

Comme nous le disons plus haut, nous avons obtenu des résultats analogues dans deux cas de rétrécissements cicatriciels gastrotomisés dont la bouche stomacale a pu être

fermée. Il s'agissait de rétrécissement infranchissable par les moyens ordinaires, mais en réalité perméable au fin conducteur de notre œsophagotome dirigé sous le contrôle de la vue.

Toutes les manœuvres de dilatations consécutives à l'opération devront être ou très prudentes avec des bougies molles ou faites sous le contrôle de la vue par le tube œsophagoscopique. C'est par des manœuvres postopératoires faites à l'aveugle, pour replacer une sonde à demeure que nous avons déterminé chez notre première opérée une perforation œsophagienne, quatre jours après l'intervention.

Le docteur Sencert, de Nancy est arrivé aux mêmes conclusions dans un travail récent.(Presse Médicale 17 Mars 1906).

Il ne faut pas demander à une méthode plus qu'elle ne peut donner et nous croyons que ce n'est que dans des cas déterminés, que l'œsophagotomie sous œsophagoscope pourra être appliquée, mais c'est l'œsophagoscope seul qui nous renseignera exactement sur ce que l'on pourra tenter. Lorsque l'on constatera des brides, des valvules, des adhérences cicatricielles, on les sectionnera toujours sans danger à condition d'agir exactement sous le contrôle de la vue.

L'œsophagoscope peut être non seulement utile pour œsophagotomiser les rétrécissements dits infranchissables, mais aussi pour d'autres, si serrés, qu'ils semblent défier le cathétérisme, toujours aveugle et très dangereux.

Glucskmann relate le cas d'un jeune enfant de 12 ans, dont la sténose cicatricielle aurait sans son aide nécessité la gastrotomie ; le traitement consécutif dura neuf mois et la guérison fut complète. Gaillard Ewald a obtenu un succès analogue chez un sujet de 28 ans.

Nous-même, nous aidant de l'œsophagoscopie, nous avons pu dilater régulièrement avec des bougies de plus en plus grosses, deux malades, un enfant de 15 ans et un adulte de 45 ans, présentant des rétrécissements cicatriciels très serrés.

M. Bosviel. — Seringue et Canule à jet oblique pour lavages d'oreille

Un bon lavage d'oreille doit être efficace et inoffensif.

Pour le spécialiste, rien n'est plus simple que de le bien faire ; pour le malade, rien ne l'est moins. Les instruments qu'il a à sa disposition étant en effet défectueux par eux-mêmes, il pratique ses injections d'une façon déplorable, ce qui ne contribue guère à avancer sa guérison. Il existe pour le public deux variétés de seringues ; les unes à extrémité effilée et pointue, les autres à gros bout arrondi. Les premières assurent bien la pénétration et la sortie du liquide, mais sont dangereuses par la fragilité et la minceur de leur tige terminale ; les autres ne risquent point de blesser, il est vrai, mais ne nettoyent pas davantage. La conque est inondée, le conduit ne l'est pas ; et si, d'aventure, le liquide pénétre, il ne peut s'échapper ; car l'embout sphérique accolé au méat, s'oppose à la sortie des produits de lavage. Tous ces instruments ont, en outre, l'inconvénient de projeter le jet directement, et d'atteindre le tympan de face.

La seringue que je présente, me paraît réunir les avantages des unes et des autres, sans en offrir les inconvénients. Son embout piriforme, est creusé sur sa longueur d'une gorge aux lèvres épaisses facilitant la sortie du liquide injecté ; l'extrémité amincie et mousse pénètre d'un demi-centimètre, sans risque de blessure et ne peut aller plus avant, arrêtée dans sa course par le renflement olivaire qui lui fait suite et bouche le méat. Les régions profondes sont ainsi à l'abri de toute espèce de traumatisme. De plus, particularité qui n'existe nulle part ailleurs, grâce à un petit artifice de fabrication, une légère encoche, située à l'orifice de sortie, force le liquide à s'échapper, non plus droit mais oblique, et à frapper par là même l'une des parois avant d'aboutir au tympan. Ce détail a bien son importance. Le jet attaquant par derrière les produits à expulser, les chasse aisément au dehors au lieu de les repousser vers la profondeur ; il atteint le tympan tangentiellement à sa surface, le

frôle plutôt qu'il ne le frappe de front, risquant moins de la sorte de provoquer le vertige ou perforer la membrane, pour peu que celle-ci soit vulnérable en quelque point. Pour finir notons que la capacité du corps de pompe est ici plus grande que dans les autres instruments du même genre.

Cette seringue peut donc être ordonnée au malade sans qu'il soit utile d'entrer dans aucune espèce d'explications. Le plus maladroit et le plus ignorant peut être certain qu'en employant cette seringue, il fera lui-même sans le vouloir et sans le savoir, un lavage d'oreille efficace et inoffensif.

En plus de cette seringue, j'ai fait construire une canule exactement semblable et s'adaptant sur le tube de caoutchouc du bock à injections.

M. Bosviel.—Pince à expression amygdalienne pour le traitement de l'amygdalite aiguë

Quand le 8 mai 1905, Molinié eut fait connaître à la Société française d'otolgie, de rhinologie et de laryngologie, sa façon de traiter les amygdalites aïgues par la pression digitale, prétendant en avoir obtenu d'excellents résultats, je trouvais cette thérapeutique si simple et si rapide que je résolus d'expérimenter de suite ce procédé. Mon premier cas d'angine tonsillaire fut donc soumis à ce traitement, mais l'amygdale se trouvant recouverte d'un enduit visqueux et filant, mon doigt glissa sur elle et cette échappée malheureuse arracha un cri de douleur au patient. Je n'insistai pas ce jour-là et renouvelai l'expérience un peu plus tard sur un enfant de 7 à 8 ans. Cette fois, au moment où j'atteignais le but, un vigoureux coup de dent me rappela à la prudence ; et je m'en tins là encore une fois.

Enfin, voici plusieurs mois, devant une belle angine à points blancs, je songeai de nouveau aux conclusions de Molinié soulignées de l'approbation de Vacher et je regrettai de n'avoir point un instrument commode qui fît l'office de

mon doigt sans en avoir les inconvénients. C'est alors que j'eus l'idée de cette pince que je présente aujourd'hui sous le nom de « pince à expression amygdalienne. »

Construite par Simal, elle présente à peu de chose près, la courbure d'une pince à morcellement. Ce qui la différencie totalement, c'est qu'en place de mors, se trouvent deux palettes allongées, très légèrement concaves, aux angles arrondis longues de 28 à 30 millimètres, larges de 16 à 18 millimètres, et criblées à leur surface d'un certain nombre de trous par où doivent s'évacuer les amas caséeux chassés par la pression. Montée sur articulation Collin pour être aisément stérilisable, le point d'appui est fixé beaucoup plus près de la résistance que de la puissance afin de donner, si l'on veut, une grande force au levier.

Il n'est point besoin, on le voit, d'une grande habileté et de connaissance spéciales pour manier cette pince. Tout praticien peut s'en servir quand l'occasion s'offre à lui.

M. Courtade. — Je n'ai point d'expérience sur l'*expression de l'amygdale* pour calmer les douleurs de l'amygdalite aiguë et arrêter le processus inflammatoire. On peut obtenir ces mêmes résultats sans intervention douloureuse; Depuis 20 ans, j'ai employé personnellement d'abord, puis sur les malades, le salicylate de soude, à la dose de un à trois grammes, pris en potion dans les vingquatre heures ; dans la grande majorité des cas, les symptômes douloureux disparaissent avant que la potion ne soit achevée et si l'amygdalite n'est pas très intense elle retrograde rapidement. Parfois, mais le cas est rare, le salicylate de soude est inefficace ; le salol, prescrit à la suite, produit alors les bons effets qu'on en attendait.

Je n'ai pu déterminer exactement les cas justiciables de l'un ou de l'autre médicament, mais mon expérience me permet de dire que quand l'un échoue, l'autre réussit ; on peut, du reste, sans inconvénient prescrire le salicylate de soude, non en gargarisme comme on l'a conseillé récemment, mais en potion et si le malade n'est pas soulagé dans les vingt-quatre heures, le remplacer par le salol, qui est aussi, au point de vue chimique, un composé salicylé.

Je regarde le salicylate de soude comme un véritable spécifique contre les inflammations rhino-pharyngées aiguës.

M. Bosviel. — Ce procédé peut réussir à l'un et ne pas convenir à d'autres.

M. G. Gellé. — Vos malades acceptent-ils sans rien dire la pénétration de cet instrument ?

M. Bosviel. — Oui, mais il faut en excepter les enfants. Du reste, j'ai soin de saupoudrer au préalable d'orthoforme la surface amygdalienne, ce qui rend la pression beaucoup moins pénible.

SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1906

(Clinique des Drs Martin et Lubet-Barbon).

Présents : MM. Mahu, Le Marc'Hadour, Didsbury, Furet, Weismann, Lermoyez, Cauzard, G. Laurens, Veillard, Viollet, Martin, Heckel, Grossard, Cousteau, Lubet-Barbon, Luc, Castex, Mounié, Boulay, Glover, Fournié, Guisez, Bosviel, Fiocre.

La correspondance comprend une lettre de démission du Dr Mendel. Deux membres de la Société sont désignés pour faire une démarche personnelle auprès de lui, pour lui demander de revenir sur sa détermination.

Après lecture du rapport de M. Luc, sur la candidature du Dr Pasquier, on passe au vote et le Dr Pasquier est élu membre de la Société.

Présentation de malades

M. FOURNIE présente un enfant de 8 ans, qui n'est pas à proprement parler un malade, mais dans la gorge duquel il a remarqué une particularité peu fréquente. Derrière les piliers postérieurs se voient de forts battements artériels, véritable pouls pharyngé, dûs soit à la carotide, soit plutôt à une branche pharyngienne anormalement située et développée.

M. G. Gellé rappelle qu'il a présenté jadis un cas ou l'artère vétébrale suivait la paroi postérieure du pharynx.

M. FURET présente une malade atteinte de laryngite bacillaire, très améliorée par des cautérisation au galvanocautère.

M. MAHU. — Homme de 36 ans, atteint, depuis deux ans d'un angiome naso-labial sous-cutané de la grosseur d'une noix et déjà présenté à la Société. Traité successivement par l'électrolyse et par des injections interstitielles d'eau oxygénée à 12 vol., cet angiome a récidivé à chaque fois. Il y a deux mois l'ablation a été faite chirurgicalement par la voie sous-labiale et aujourd'hui le malade n'est plus du tout défiguré. Mais l'examen histologique ayant fait penser qu'il s'agissait d'un épithéliome, M. Mahu demande l'avis de la Société sur la possibilité de cette transformation.

M. Glover. — J'ai publié autrefois, avec dessins à l'appui, des cas d'angiomes transformés ultérieurement en épithélioma.

M. Viollet. — On a signalé des aspects histologiques de cicatrice simulant l'épithélioma au niveau d'ulcères variceux cicatrisés.

M. LUBET-BARBON. — Malade observé depuis 15 jours et pour lequel le diagnostic ferme posé dès le début fut : épithélioma de la corde vocale droite.

Tumeur de la corde qui est mamelonné ; peu de mobilité de cette corde ; intégrité du reste du larynx ; âge 65 ans.

Sous l'influence du repos et de quelques fumigations, une partie du gonflement disparut, la corde vocale est un peu plus mobile et je vous demande si vous pensez que mon premier diagnostic soit le bon, ou s'il ne pourrait pas s'agir de tuberculose. Une biopsie sera faite ultérieurement.

M. LERMOYEZ rapporte l'observation d'une jeune fille qui, au moment de ses règles, exhale une mauvaise odeur par le nez. A ce moment, elle mouche quelques croûtes molles, L'examen journalier du cavum ne montre pas la cause de cette cacosmie.

Mais, après avoir retracté la muqueuse par une forte adrénalisation on découvre une petite croûte molle dans la fente olfactive gauche, et en enfonçant un stylet dans cette direction, on pénétre dans le sinus sphénoïdal gauche dont les parois sont rugueuses et dont l'orifice antérieur a été notablement élargi par la carie.

Je demande à mes collègues leur avis sur la conduite a tenir en pareil cas où il n'existe ni douleur ni trouble de la santé.

M. CAUZARD. — Je vous présente une malade que j'ai vue pour la première fois le 4 décembre. Elle m'était envoyée présentant une tuméfaction de la paroi antérieure du sinus maxillaire droit.

Cette femme âgée de 49 ans a toujours eu de l'obstruction nasale ; cependant cette obstruction aurait progressé depuis deux ans, dit-elle, et le 18 octobre elle se rendait pour une grosseur de la joue, à une clinique ou elle fut soignée pour de simples polypes muqueux.

Examen le 4 décembre : le méat moyen présentait l'aspect d'un méat fraîchement débarassé de polypes — il n'y avait pas de pus ; la tuméfaction des téguments de la pommette est dure, froide, adhérente au plan osseux. Je pense à une affection maligne, l'attention éveillée par un cas précédent que j'avais vu à une phase plus avancée et dont je vous ai parlé l'an dernier.

Je propose de faire le lendemain une ponction du sinus et, si besoin est, par une incision dans le pli gingivo-buccal, de prendre quelques parcelles de tissus pour une biopsie.

Le 5 décembre, après anesthésie générale au chlorure d'ethyle (8cmc), la ponction donne un liquide trouble, *très fétide* mais *non purulent*, avec *écoulemenl sanguin* par le trocart. Le diagnostic se confirme donc, et après l'inspiration d'une 2e ampoule de chlorure d'éthyle une incision de 3 centimètres est faite dans le repli gingivo-buccal. On ramène des fongosités grisâtres, rappelant la consistance encéphaloïde ; le toucher est pratiqué et permet de sentir la perforation de la paroi antérieure du sinus.

Pas de lésions buccales ni dentaires.

Le diagnostic histologique ne m'est pas encore donné ; je crois cependant à une tumeur maligne, mais avant de proposer à cette malade l'ablation du maxillaire supérieur, je serai heureux d'avoir l'avis de la Société.

M. Lubet-Barbon. — Je pense qu'il n'y a aucun danger à donner de l'iodure et du mercure à cette malade ; en effet en raison de la gravité de l'intervention et de la durée de la maladie il ne peut y avoir inconvénient à entreprendre un traitement qui retarderait de 15 jours l'intervention et pourrait, si le diagnostic de gomme est confirmé, la guérir à peu de frais.

M. Le Marc'Hadour. — Je crois qu'il y a intérêt à soumettre la malade à un traitement d'épreuve. J'ai vu un cas analogue avec ébranlement des dents, effondrement de la paroi antérieure et diagnostic d'épithélioma tubulé porté par un maître de l'histologie, guéri complètement par l'iodure. L'iodure ne se trompe pas et reconnait les siens : c'est le meilleur moyen de diagnostic.

M. Lermoyez. — Lorsqu'on hésite entre le diagnostic de cancer épithélial et celui de syphilis tertiaire il n'est pas indifférent de prescrire l'iodure de potassium ou le mercure comme traitement de pierre de touche.

L'iodure est souvent néfaste et donne un coup de fouet à la marche des épithéliomas, en faisant résorber la barrière cellulaire que le tissu conjonctif a élevé comme défense contre l'invasion épithéliale et en permettant aux tissus néoformés ectodermiques de pénétrer librement dans les espaces que l'iodure leur a ouverts.

Le mercure au contraire, n'est pas nuisible en l'espèce : son seul inconvénient est de faire perdre du temps dans les cas urgents. D'ailleurs, il guérit très bien à lui seul le tertiarisme : et l'on s'en contentait parfaitement avant que Wallace n'eut découvert en 1836 la valeur antisyphilitique de l'iodure.

M. GUISEZ. — I. Malade âgé de 19 ans qui présente, depuis sa naissance, un obstacle dans l'œsophage qui permet seulement l'alimentation avec du lait : tout autre aliment, même liquide, ne passe pas. De temps à autre, crises de dysphagie, dont une a nécessité une gastrostomie, le malade étant resté pendant 8 jours sans rien prendre, pas même la plus petite goutte de lait.

L'œsophagoscopie, faite en septembre dernier, permet de constater une sorte de poche à la partie moyenne de l'œsophage avec, à la partie inférieure, une valvule obturant presque complètement la lumière du conduit et laissant seulement un petit pertuis filiforme comme seule voie de communication avec l'estomac. Sous le contrôle de la vue, avec notre œsophagoscope, nous avons sectionné cette valvule et nous passons immédiatement des bougies qui complètent la dilatation. Cette dilatation a été maintenue depuis lors et le malade mange de tout, liquides et solides.

Nous rappelons que dans deux cas analogues de rétrécissement, la guérison a été obtenue par le même procédé et la bouche stomacale, a pu être fermée. *(Communication faite en détail antérieurement).*

II. Trois malades opérés de sinusites fronto-ethmoïdale ancienne par le procédé esthétique suivant : ne touchant que très peu à la partie antérieure du sinus frontal qui a été trépané juste suffisamment pour effectuer le curetage complet, l'éthmoïde a été resséqué complètement par voie orbitaire. C'est dans l'éthmoïde en effet que gît la principale cause de récidive. Ces malades, que je vous présente actuellement guéris, ne présentent pas de déformation, les saillies du frontal ayant été respectées.



MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ

PARIS

MM.

Astier, 85, Boulevard Malesherbes.
Aysaguer, 59, rue des Belles Feuilles.
Blanc, 8, rue Auber.
Bonnier, 166, Faubourg Saint-Honoré.
Bosviel, 84, Boulevard Saint-Germain.
Boucheron, 11 bis, rue Pasquier.
Boulay, 8 bis, Avenue Percier.
Bourgeois, 44, rue de Naples.
Bruder, 37, rue Saint-Pétersbourg.
Cartaz, 39, Boulevard Haussmann.
Castex, 30, Avenue de Messine.
Cauzard, 16, rue Clément Marot.
Chatellier, 8, rue des Saussaies.
Chauveau, 61, Boulevard des Batignolles.
Courtade, 14, rue Castellane.
Cousteau, 15, rue Laffite.
Depierris, 20, rue Soufflot.
Didsbury. 36, rue de l'Arcade.
Egger, 80, rue Taitbout.
Ferrand, 1 bis, Boulevard Magenta.
Fournié, 57, rue du Four.
Furet, 39, rue du Four.
Galand, 16, rue du Château, à Asnières.
Gapin, 17, Boulevard Haussmann.
G. Gellé, 13, rue de Londres.
Gellé, 40, Avenue de la Grande Armée.
Glover, 23, rue de la Bienfaisance.
Grossard, 36, rue de Turin.
Guisez, 16, Boulevard Malesherbes.
Heckel, 1, rue de Cérisoles.

Kœnig, 65, rue Miromesnil.
Lacroix, 41, rue de Berlin.
Laurens (Georges), 60, rue de la Victoire.
Le Marc'Hadour, 40, rue de Berlin.
Lermoyez, 20 bis, rue de la Boëtie.
Lœwenberg, 112, Boulevard Haussmann.
Lombard, 49, rue de Rome.
Lubet-Barbon, 110, Boulevard Haussmann.
Luc, 54, rue de Varenne.
Mahu, 68, Avenue Kléber.
Martin, 25, rue du Général Foy.
Ménière, 4, rue d'Anjou.
Montsarrat, 49, rue de Courcelles.
Mounier, 6, rue de l'Isly.
Pasquier, 132, rue d'Assas.
Reynier, 12 bis, place Laborde.
Rousseau, 62, rue Maubeuge.
Ruault, 134, Faubourg Saint-Honoré.
Saint-Hilaire, 14, rue de Berlin.
Suarez de Mendoza, 22, Avenue Friedland.
Veillard, 33, rue de la Verrerie.
Viollet, 6, rue Herschell.
Weismann, 91, rue Saint-Lazare.

PROVINCE

MM.

Aigre, 28, rue Wissorcq à Boulogne-sur-Mer.
Boulai, 9, rue Gambetta, à Rennes.
Guillot, 13, rue Jeannin, à Dijon.
Lapalle, 19, rue Samonzet, à Pau.
Méneau, 215, rue Judaïque, à Bordeaux.
Noquet, 33, rue de Puebla, à Lille.
Percepied, au Mont-Dore.
Piaget, 1, rue Molière, à Grenoble.
Pierre, à Berck-sur-Mer.

CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

MM.

Artzrouny, Vahan, à Tiflis, Caucase.
Bezold, Luisenstrasse, à Munich.
Bonfim 3 Rocio 1° à Lisbonne.
Broeckaert, 16, Place du Comte de Flandre, à Gand.
Bruzzi, à Vérone.
Costiniu, 48 str, Fontanei, à Bucarest.
Delsaux, 260, Avenue Louise, à Bruxelles.
Hartmann, Hindersinstrasse, 12, à Berlin, N. W.
Kurz, via Porte Nuove, à Florence.
Lambert, Office des Postes, à Ottawa.
Max Scheier, 25-26, Friedrichstrasse, à Berlin, S. W.
Moll, à Arnheim (Hollande).
Politzer, Gonzagagasse, 19, à Vienne (Autriche).
Schmidt, 18, Gallustrasse à Francfort-sur-Mein.
Segura, 567, calle Esmeralda, à Buenos-Ayres.
Sune y Molist, calle di Ausias, II à Barcelone.
Wilson Prévost, 66, Madisson avenue, à New-York.



TABLE DES MATIÈRES

Séance du 12 Janvier 1906

Séance du 23 Février 1906

Séance du 6 Avril 1906

Séance du 1er Juin 1906

Séance du 20 Juillet 1906

Séance du 9 Novembre 1906

Séance du 14 Décembre 1906



Imprimerie de Sedan — RAHON — Place Nassau